GHID DE NURSING

– ediţie revizuită –

Sub redacţia:
LUCREŢIA TITIRCĂ





EDITURA „VIAŢA MEDICALĂ ROMÂNEASCĂ"
1996

AUTORI:

LUCREȚIA TITIRCĂ	Baia-Mare
ELENA DOROBANȚU	Ploiești
FLORICA UDMA	Constanța
MARIA ZAMFIR	Ploiești
LUDMILA RACHIERU	Ploiești
LIANA PÂRVU	Ploiești
VALERIA GHIDU	Ploiești
MARIANA TONE	București
ANGELA DINU	Suceava

DESTINUL CĂRȚILOR

Când în 1994, ni s-a propus spre editare și tipărire „Breviar de explorări funcționale și de îngrijiri speciale acordate bolnavilor", ne-am asumat riscul publicării pornind de la o îndelungată cunoaștere a excepționalei activități practice a autorului, doamna Lucreția Titircă, asistentă șefă a unui mare spital din nordul țării. Într-adevăr, aproape două decenii, până la recenta retragere din linia întâi a bătăliei pentru sănătatea publică, „Samantha", cum era supranumită, cu admirație, respect dar și iubire, de medici și colege, făcuse „minuni" în organizarea personalului sanitar mediu, pregătirea profesională fără intermitențe a acestuia, precum și în umanizarea Spitalului județean din Baia-Mare. Iar „minunile" păreau cu atât mai neverosimile, cu cât resursele materiale erau tot mai puține, și munca de calitate, nemotivată în raport cu investiția de învățătură, sensibilitate, sacrificiul vieții personale. De asemenea, „vrăjile Samanthei", deși nu încurajau comoditatea și „filosofia" lui „merge și așa", erau acceptate de cele mai multe dintre colaboratoarele și subordonatele sale cu declarată convingere, spre binele și grabnica însănătoșire a bolnavilor. Cartea a văzut destul de repede lumina tiparului și s-a bucurat de un succes imediat.

În 1995, autoarea s-a prezentat cu o nouă lucrare: „Ghid de nursing". De această dată, domnia sa coordona un colectiv valoros de asistente medicale care, pe capitole, elaborau, pentru prima oară în limba română, pornind de la conceptul modern de îngrijire preconizat de Virginia Henderson, o carte de nursing. Temerarele autoare își propuneau, sprijinindu-se pe o bibliografie multilingvă, pe dezbaterile în ateliere și pe experiența proprie, să redacteze un îndrumar care să ajute la informarea și formarea asistenților medicali și, mai ales, a elevilor școlilor postliceale, în (și cu) cele mai noi orientări într-un domeniu spinos și carențat al asistenței medicale: îngrijirea propriu-zisă a pacientului, în timpul bolii, în convalescență și în perioada de recuperare medicală.

Am remarcat, parcurgând manuscrisul, o îmbunătățire a modului de prezentare a noțiunilor, exigență în clarificarea noțiunilor și definițiilor, dublate de cunoscutul talent didactic al autorului coordonator. Totuși, editură tânără fiind, fără subvenții de la stat, am stabilit un tiraj mediu. Ne-am bucurat, înșelându-ne! Succesul a fost ieșit din comun și – la scurtă vreme – ediția a doua a ieșit de sub teascurile tipografiei.

Iată-ne acum în fața succesiunii unor ediții, din care au fost eliminate inadvertențele, corectate greșeli de tipar, aduse unele completări, îmbunătățită tehnoredactarea.

Cartea Lucreției Titircă și a distinselor sale colaboratoare își croiește un destin strălucit, asemănător – păstrând, desigur, proporțiile – unor lucrări cunoscute acum în lumea medicală aproape în exclusivitate după numele autorului, precum: Harrison și Hegglin. Sau Virginia Henderson.

Vă aflați, stimați cititori, în fața celei mai noi apariții ***Lucreția Titircă.***

Dr. Mihail MIHAILIDE,
director al Editurii
„Viața medicală românească"

ADDENDA LA „DESTINUL CĂRȚILOR"

La doar câteva luni de la ediția anunțată mai sus, ca urmare a succesului de librărie obținut, vă oferim o nouă apariție ***Lucreția Titircă.*** *Este o variantă* ***revizuită*** *și* ***adăugită*** *a lucrării „Ghid de nursing", lansată în anul 1995, care a făcut, după cum se știe, carieră. Autoarele și Editura „Viața medicală românească" se bucură să afle că în bibliotecile în constituire ale viitoarelor nurse ori în cele ale asistenților medicali cu mai îndelungate state de serviciu, „Ghidul" stă alături de cele mai importante și utile cărți medicale. Elevele școlilor postliceale vor putea intra și ele, generație după generație, în posesia acestei lucrări – un îndrumar în domeniul îngrijirii propriu-zise a pacientului, fără de care nu se poate vorbi de completitudinea actului medical și, cu atât mai puțin, de calitatea acestuia.*

Toți cititorii vor constata, credem, cu bucurie tehnoredactarea superioară și execuția tipografică de calitate a noii ediții.

29 iulie 1996 **Dr. M. M.**

ÎMBINAREA ȘTIINȚEI CU VOCAȚIA DE NURSĂ

Îndreptarul de față se adresează în egală măsură cursanților de la școlile sanitare postliceale și asistenților medicali (profesori de nursing sau practicieni). Conceptul de îngrijire prezentat aici are la bază modelul elaborat de Virginia Henderson, completat, cu elemente dintr-o largă bibliografie de specialitate. Acest model îi poate ajuta pe asistenții medicali să se apropie și să-i cunoască mai bine pe beneficiarii îngrijirilor, să ofere îngrijiri mai bune, individualizate, complete și continue. De altfel, aceasta este direcția în care se orientează învățământul sanitar, în formarea de bază și continuă.

Elaborarea acestei lucrări a presupus mult curaj din partea autoarelor, dat fiind faptul că după 1989 au apărut la noi în țară o serie de surse de informații despre nursing și procesul de îngrijire, lucrări elaborate de autori americani, englezi, francezi și care au fost folosite în cadrul școlilor și în educația continuă a asistenților medicali.

Riscăm prin urmare să fim acuzați (mai mult sau mai puțin cu bună credință) că nu am clarificat și aprofundat în suficientă măsură noțiunile legate de procesul de nursing, de planul de îngrijire, cu toate implicațiile acestora. Este însă greu de crezut că în câteva pagini s-ar putea clarifica și epuiza toate modelele conceptuale, cu nuanțele și implicațiile lor.

Până acum, singurul teren comun de informare a asistenților din țara noastră în legătură cu noile noțiuni de nursing au fost atelierele-curs organizate de inimoasa Gabriela Bocec în cadrul A.N.R. și al centrului de perfecționare, cu sprijinul doamnei dr. Letiția Mogâldea și al Ministerului Sănătății (Direcția resurse umane). Prin aceste ateliere au putut fi pregătiți doar un mic număr de reprezentanți ai profesiunii de asistent medical. Oricum, materialele bibliografice primite sau aduse de asistenții care au fost în străinătate nu sunt suficiente pentru zecile de mii de asistenți și cursanți de la școlile sanitare postliceale. De aceea, am considerat că elaborarea unei lucrări care să constituie – așa cum reiese din titlu – un îndreptar, un ABC al nursing-ului, care să ajute la formarea și informarea asistenților medicali în conformitate cu orientările actuale în acest domeniu, ar putea fi de mare utilitate, un sprijin important pentru elevii școlilor sanitare și chiar pentru asistentele practiciene.

Diversitatea informațiilor a produs derută, mai ales în predarea nursing-ului, ajungându-se la situația – poate exagerat spus – în care avem „câte școli atâtea

modele de predare a nursing-ului". De aceea am spus mai sus că a fost nevoie de mult curaj pentru a încerca să clarificăm, în câteva pagini, complexitatea aspectelor procesului de nursing, ale diagnosticului de nursing – teme care în literatura străină de specialitate sunt tratate pe sute și mii de pagini.

Toți cei care au încercat, cu diverse ocazii, să clarifice unele dintre subiectele abordate de noi, dar nu au avut curajul sau timpul necesar să-și sintetizeze eforturile într-un asemenea ghid, ar putea, pe bună dreptate, să exprime o serie de observații pertinente. Este un lucru firesc, și noi suntem conștienți de faptul că se pot aduce multe completări necesare, se pot face observații competente, pentru că există și alte modele bune care ar putea fi studiate, cu condiția să fie publicate în limba română, într-un tiraj suficient de mare.

Prezenta lucrare este doar un ghid ce nu are pretenția de a fi impus obligatoriu ca singurul model posibil.

Pentru această etapă, ne adresăm persoanelor de bună credință cu rugămintea de a primi această lucrare drept ceea ce se dorește, și nimic mai mult: un ajutor pentru învățarea teoretică a nursing-ului, o încercare de a fixa un limbaj profesional comun, standardizat, pentru ușurarea comunicării și clarificarea concluziilor – într-un cuvânt, un fir conducător ce poate fi continuat și dezvoltat cu noi cunoștințe acumulate de fiecare asistentă medicală cu preocupări și responsabilități în educație și formare.



Lucrarea de față oferă elevilor din școlile sanitare principiile care stau la baza actului de îngrijire, ajutându-i să le pună în aplicare cu cel mai înalt profesionalism. Noua tendință ce se manifestă azi în lume în domeniul nursing-ului, de practicare a unor îngrijiri autonome, cheamă asistentele să joace un rol nou, ce nu poate fi redus la simplul act de executare a unor tehnici de îngrijire, ci implică întregul efort de asigurare a unei stări de bine persoanei îngrijite, ajutorul acordat acesteia pentru menținerea stării de sănătate. Competența profesională se demonstrează prin cunoștințe teoretice aprofundate și capacitatea de a le aplica într-o activitate creatoare, de îngrijire individualizată, personalizată, completă și umană.

Autonomia asistentei în procesul de îngrijire demonstrează că asistentele sunt capabile de o judecată independentă în ceea ce privește îngrijirile de bază; autonomia nu înseamnă că asistenta pune un diagnostic medical sau prescrie un tratament, acestea rămân în continuare atribuții proprii ale medicului.

În același timp cunoștințele tehnice (investigații, tratament etc.) legate de rolul delegat al asistentei sunt indispensabile: nu se poate, în nici un caz, renunța la aceste cunoștințe în pregătirea elevilor de la școlile sanitare postliceale. Aceasta pentru că asistenta colaborează cu medicul și are obligația să execute tratamentul prescris de acesta, chiar dacă are concomitent responsabilități și activități independente, cu rol propriu. De exemplu, la un pacient cu diagnostic medical de pneumonie, care prezintă hipertermie, șoc, hipoxie etc. asistenta are obligația să aplice tratamentul prescris de medic pentru afecțiuni. Dar riscul de deshidratare legat de hipertermie (manifestată prin limbă arsă etc.) fundamentează un diagnostic de îngrijire, al asistentei medicale, în baza căruia aceasta își planifică anumite acțiuni

(îngrijirea cavității bucale, hidratarea repetată cu lichide, îngrijiri preventive pentru evitarea escarelor etc.). Ambele categorii de îngrijire (cele decurgând din rolul delegat și cele decurgând din rolul propriu) sunt la fel de importante.

Lucrarea de față nu urmărește să impună o linie de conduită rigidă (pentru că nu au putut fi clarificate toate aspectele); ea urmărește doar să incite la creativitate, oferind elemente de orientare pentru aplicarea în practică a unui concept teoretic adoptat astăzi în majoritatea țărilor.

Lucrarea încearcă mai ales să răspundă nevoii ca fiecare elev să aibă la dispoziție o bibliografie care să îl poată orienta în înțelegerea și clarificarea noțiunilor de bază. Aceasta îi dă posibilitatea profesorului de nursing să dezvolte și să completeze temele cu alte informații necesare. Elevii au în acest îndreptar un model conceptual care poate constitui un punct de pornire pentru reflexie, în vederea confruntării cu realitatea noastră, iar profesorul de nursing poate, în cadrul orelor de curs, să facă mai multe exerciți, să aprofundeze noțiunile și, în același timp, să predea și temele de tehnica îngrijirii bolnavului – teme la care nu se poate renunța.

Există multe controverse în legătură cu termenul cel mai potrivit pentru a defini „persoana îngrijită". Noi am folosit cu precădere termenul de „pacient" sau „persoană" în loc de individ, bolnav, client, beneficiar.

De asemenea, există mai multe variante în felul de a descrie „procesul de îngrijire". Nu este atât de importantă terminologia utilizată, nici numărul de etape propuse pentru a defini procesul de îngrijire: este importantă ***logica*** *în care este aplicată metoda sistematică de lucru pentru abordarea problemelor de sănătate. Chiar și în acest îndreptar sunt abordări diferite.*

Anexele la lucrare provin din surse bibliografice diferite, dar fiecare poate fi consultată și folosită pentru a ne obișnui cu depistarea problemelor persoanei îngrijite, cu elaborarea diagnosticului de îngrijire, a planului de îngrijiri. Odată dovedită utilitatea noului concept, este necesar să asigurăm posibilitatea introducerii și folosirii acestuia în practica asistentei medicale. Deocamdată poarta este doar întredeschisă.

Am subliniat și în contextul prezentării temelor că există multe aspecte de care asistenta medicală trebuie să țină seama atunci când formulează diagnosticul de îngrijire. Trebuie să poată distinge clar între diferitele tipuri de probleme cu care pacientul este confruntat, pentru că nu toate aceste probleme se regăsesc în diagnosticul de îngrijire autonomă.

Pentru îngrijiri de calitate nu este însă suficientă cunoașterea teoretică a diagnosticului de îngrijire, care să rămână undeva scris, ci este nevoie de o gândire logică, care să permită utilizarea practică a planului de îngrijire – mijlocul cel mai eficient de comunicare între persoanele din echipa de îngrijire.

Este știut, procesul de îngrijire are drept scop o îngrijire științifică și începe cu culegerea datelor – dar la ce ne folosesc datele dacă rămân neutilizate? Trebuie deci să se determine problemele de dependență, cauzele, obiectivele potrivite și atunci aplicarea în practică a îngrijirilor va prinde sens. Competența și abilitatea

asistentei constituie cheia aplicării realiste a procesului de îngrijire după un model științific. În fond, noi nu facem decât să regularizăm o situație de fapt.

Am repetat atât pe parcursul temelor scrise cât și în acest cuvânt înainte că nu am putut să aprofundăm anumite capitole. Câte nu s-ar mai fi putut spune? Rămâne poarta deschisă pentru oricine dorește să dezvolte problema nursing-ului, să ofere spre publicare lucrări. Le așteptăm.

Mulțumim colegei Gabi Gal, profesor de nursing de la școala din Sibiu, care a citit primele șapte capitole, contribuind la clarificarea și definirea unor noțiuni.

În mod deosebit ținem să mulțumim (și cred că suntem în asentimentul tuturor colegilor din țară) doamnei Gabriela Bocec care a fost inițiatoarea, organizatoarea și sufletul primelor ateliere-curs de nursing, încă din 1989 până în prezent.

Lucreția TITIRCĂ

PARTEA ÎNTÂI

NURSA

procesul de îngrijire (de nursing)
și nevoile fundamentale ale ființei umane

CAPITOLUL I

INTRODUCEREA ÎN PROFESIE

Îngrijirea bolnavului se pierde în negura timpurilor: în trecutul îndepărtat, când femeile pansau rănile bărbaţilor întorşi din luptă sau de la vânătoare; mai aproape de noi, în 1860, dată când începe istoria profesiunii noastre de îngrijire a bolnavului (soră-nursă-asistentă medicală), odată cu înfiinţarea primei şcoli de către *Florence Nightingale.*

Astăzi cu toată vechimea pe care o are – misiunea sa socială nu este totdeauna clară. Pentru unii, asistenta ajută medicul. Pentru alţii, ea practică o profesiune autonomă. Între aceste două extreme – rolul asistentei medicale este perceput şi descris divers. Timp îndelungat, ea nu s-a simţit obligată să se definească. Însă, rolul celor ce îngrijesc bolnavul a continuat şi continuă să evolueze.

1. NURSA	Reproducem câteva definiţii ale nursei: Astăzi – nursa* este definită de I.C.N. (C.I.I.)** astfel: 1 – este o persoană care: – a parcurs un program complet de formare, care a fost aprobat de Consiliul Asistenţilor Medicali; – a trecut cu succes examenele stabilite de Consiliul Asistenţilor Medicali; – îndeplineşte standardele stabilite de Consiliul Asistenţilor Medicali; – este autorizată să practice această profesie aşa cum este definită de Consiliul Asistenţilor Medicali, în concordanţă cu pregătirea şi experienţa sa; – este autorizată în îndeplinirea acelor proceduri şi funcţii care sunt impuse de îngrijirea sănătăţii în orice situaţii s-ar afla, dar să nu facă o procedură pentru care nu este calificată.

**Asistenţii medicali denumiţi în literatura anglofonă „registred nurse" iar în cea francofonă „infirmiere diplomée". În această lucrare vom folosi atât termenul de nursă cât şi cel de asistentă medicală. Ambele definesc aceeaşi profesie.*

***Consiliul internaţional al nurselor (I.C.N.), Consiliul internaţional al infirmierelor (C.I.I.), cuprinde 103 asociaţii din întreaga lume, mai mult de 1 milion asistenţi.*

Asistentele medicale *răspund* de propria lor activitate, de practica lor; *supraveghează* îngrijirile auxiliare şi pregătirea elevilor. Deci – asistenta răspunde nu numai pentru ce face dar şi pentru categoriile auxiliare.

2. Nursa – este pregătită printr-un program de studiu incluzând:

– promovarea sănătăţii
– prevenirea îmbolnăvirilor
– îngrijirea celui bolnav din punct de vedere fizic, mental, a celor cu deficienţe, indiferent de vârstă şi în orice unitate sanitară sau în orice situaţie la nivel de comunitate.

Această definiţie a devenit cunoscută şi acceptată în toată lumea şi în prezent este utilizată şi în România pentru descrierea nursing-ului.

De reţinut!

„Codul pentru asistentele medicale" descrie de asemenea 4 (patru) responsabilităţi, care definesc direcţiile importante şi anume:

1. *promovarea* sănătăţii
2. *prevenirea* îmbolnăvirilor
3. *restabilirea* sănătăţii
4. *înlăturarea* suferinţei

3. Nursa este pregătită şi autorizată:

– să desfăşoare educaţie pentru sănătate
– să participe plenar – ca membru al echipei din sistemul de sănătate
– să supravegheze şi să formeze asistente medicale (viitoarele colege) şi cadre auxiliare
– să fie implicată în cercetare.

4. Nursa generalistă presupune:

– *o pregătire pluridisciplinară* – socială, tehnică, practică (în unităţi sanitare şi pe teren în comunitate)
– *însuşirea competenţelor* de bază şi nu numai cunoştinţele
– să aibă *cunoştinţe* de psihologie (să ştie să încurajeze)
– să aibă *atitudine potrivită* faţă de pacient şi familia sa
– să aibă preocuparea de *a înţelege* ceea ce simt ceilalţi (capacitate de empatie)

Important!

Fenomenele ce privesc în special asistenta medicală sunt *reacţiile:*

– individuale
– familiale şi
– de grup – la problemele actuale sau potenţiale de sănătate.

	Ea este ca o mamă ce acţionează conform nevoilor copilului şi trebuie adeseori să îndeplinească sarcini cât mai diverse. De aceea asistenta medicală a fost denumită „mamă profesionistă".
2. NURSING definiţia O.M.S.	Definiţia prezentată de O.M.S. şi I.C.N. stabileşte că: 1). Nursing-ul este o parte integrantă a sistemului de îngrijire a sănătăţii cuprinzând: – promovarea sănătăţii – prevenirea bolii – îngrijirea persoanelor bolnave (fizic, mental, psihic, handicapaţi) de toate vârstele, în toate unităţile sanitare, aşezările comunitare şi în toate formele de asistenţă socială.
definiţia Virginiei Henderson	2). Virginia Henderson defineşte nursing-ul astfel: „Să ajuţi individul, fie acesta bolnav sau sănătos, să-şi afle calea spre sănătate sau recuperare, să ajuţi individul, fie bolnav sau sănătos, să-şi folosească fiecare acţiune pentru a promova sănătatea sau recuperarea, cu condiţia ca acesta să aibă tăria, voinţa sau cunoaşterea, necesare pentru a o face, şi să acţioneze în aşa fel încât acesta să-şi poarte de grijă singur cât mai curând posibil".
definiţia I.C.N.	3 . Definiţie curentă prezentată de I.C.N. „Nursing, ca o parte integrantă a sistemului de asistenţă socială, cuprinde ocrotirea sănătăţii, prevenirea bolilor şi îngrijirea bolnavilor fizic, psihic (mental), ca şi a celor infirmi (handicapaţi) de toate vârstele, în toate formele de asistenţă socială şi aşezări comunitare. În cadrul acestei noţiuni mai largi de asistenţă socială, fenomenele ce privesc în special nursele sunt reacţii individuale, familiale şi de grup la problemele actuale sau potenţiale de sănătate. Aceste reacţii umane cuprind o sferă mai largă, de la reacţii de restabilire a sănătăţii, până la o fază individuală a bolii, a dezvoltării politicii în promovarea pe o perioadă îndelungată a (ocrotirii) sănătăţii populaţiei". Din „Dezvoltarea Nursei-Generaliste" (Raport la o reuniune O.M.S., Copenhaga 1990). ***Precizare:*** *Această definiţie a fost extrasă din „Programul standardizat de nursing" – elaborat în România în anul 1991 în colaborare cu Ministerul Sănătăţii şi reprezentanţii UNICEF/OMS: Hanne Hansen, Grete Lindegaard, Karen Strandby Thomsen.*

definiția A.N.A.	4). A.N.A. (North American Association) dă următoarea definiție pentru nursing-ul comunitar: Nursing-ul comunitar nu este numai o sinteză a practicii de nursing și a educării în domeniul sănătății, ci are scopul de a menține și a stimula sănătatea populației. Îngrijirile au un caracter continuu. Îngrijirea este orientată asupra individului, a familiei sau a grupului și contribuie astfel la sănătatea întregii populații a zonei respective (sau oraș). Nursa aplică diverse metode pentru a menține și stimula sănătatea, coordonează activitatea în acest domeniu și stimulează continuitatea. Scopul ei este și acela de a-i apropia pe indivizi, familie sau diverse grupuri. Din această definiție reiese că intervențiile nursei nu se orientează doar spre pacienții individuali, ci cuprind și mediul social, afectiv și fizic al acestuia.
3. ROLUL NURSEI	Prezentăm concepția Virginiei Henderson privind rolul esențial al asistentei medicale. *„Rolul esențial al asistentei medicale constă în a ajuta persoana bolnavă sau sănătoasă, să-și mențină sau recâștige sănătatea (sau să-l asiste în ultimele sale clipe) prin îndeplinirea sarcinilor pe care le-ar fi îndeplinit singur, dacă ar fi avut forța, voința sau cunoștințele necesare. Asistenta medicală trebuie să îndeplinească aceste funcții astfel încât pacientul să-și recâștige independența cât mai repede posibil".* V.H. – Principii fundamentale ale îngrijirii bolnavului. ***Precizare:*** *O.M.S.-ul descrie, de asemenea, rolul nursei în societate – și acesta este important pentru noi:* *„Rolul nursei în societate este să asiste indivizi, familii și grupuri, să optimizeze și să integreze funcțiile fizice, mentale (psihice) și sociale, afectate semnificativ prin schimbări ale stării de sănătate".* Aceasta implică personalul de nursing în activitățile de asistență ce se referă la sănătate ca și la boală și care privesc întreaga durată a vieții de la concepție la moarte. Nursing-ul se ocupă deci de aspectele psihosomatice și psihosociale ale vieții deoarece acestea afectează sănătatea, boala și moartea. De aceea, nursing-ul folosește cunoștințe și tehnici din științele fizice, sociale, medicale, biologice și de umanitate (arta și știința).

	Personalul de nursing lucrează ca partener alături de lucrători de alte profesiuni, ocupații, ce participă la asigurarea sănătății și în activități înrudite. Individul și, unde este cazul, familia sa vor trebui să fie implicate în toate aspectele – pentru menținerea unei bune sănătăți. (Din „Dezvoltarea Nursei Generaliste", Raport la o reuniune O.M.S. Copenhaga, februarie 1990).
4. FUNCȚIILE NURSEI	Funcțiile asistentei medicale sunt: – de natură independentă – de natură dependentă – de natură interdependentă
	Funcțiile de natură independentă
de natură independentă	Asistenta – asistă pacientul din proprie inițiativă, temporar sau definitiv în: a) – îngrijiri de confort, atunci când el nu-și poate îndeplini independent anumite funcții. Ajutorul asistentei este în funcție de vârstă, de natura bolii, de alte dificultăți fizice, psihice sau sociale; b) – stabilește relații de încredere cu persoana îngrijită și cu aparținătorii (apropiații); c) – le transmite informații, învățăminte, ascultă pacientul și îl susține; d) – este alături de indivizi și colectivitate în vederea promovării unor condiții mai bune de viață și sănătate.
	Funcția de natură dependentă
de natură dependentă	La indicația medicului aplică metodele de observație, de tratament sau de readaptare, observă la pacient modificările provocate de boală sau tratament și le transmite medicului.
	Funcția de natură interdependentă
de natură interdependentă	Asistenta colaborează cu alți profesioniști din domeniul sanitar, social, educativ, administrativ etc. și participă la activități interdisciplinare. Exemplu: – acțiuni de depistare a tulburărilor de ordin fizic, psihic sau social; – acțiuni de educație pentru sănătate de sensibilizare asupra responsabilității și asupra drepturilor pe care le are populația în materie de sănătate; – acțiuni de rezolvare a problemelor psihosociale; – asistenta participă la organizarea și gestionarea centrelor sau unităților de îngrijire.

	Precizare: *Pentru a răspunde nevoilor persoanelor și grupurilor cărora se adresează îngrijirile, asistenta utilizează în practica profesională – cunoștințele teoretice și practice medicale, cunoștințele de economie, informatică, psihologie, pedagogie etc.*
Alte funcții:	De aici se desprind câteva funcții specifice care sunt în statutul asistentei medicale și care se regăsesc în cadrul funcțiilor de natură: independentă, dependentă și interdependentă. Am subliniat astfel:
profesională	a) *funcția profesională* – este vorba de rolul cel mai important al asistentei, acela de a se ocupa de pacient în scopul menținerii echilibrului, sau de a face pentru el ceea ce el însuși nu poate. Aici sunt cuprinse funcțiile: • tehnică • preventivă • de umanizare a tehnicii • de psiholog, ca și funcțiile din codul asistentei medicale: – promovarea și menținerea sănătății – prevenirea îmbolnăvirilor – îngrijirea în situația îmbolnăvirii și recuperarea. Aceasta cere din partea asistentei: 1. să acorde direct îngrijirea 2. să educe pacienții 3. să educe alți profesioniști din sistemul sănătății 4. să participe plenar la activitatea echipei de asistență sanitară 5. să dezvolte practica nursingului pe baza gândirii critice și a cercetării.
educativă	b) *funcția educativă* – educare pentru sănătate Această funcție presupune, alături de calități psihologice și aptitudini pedagogice – de a ști să comunici, de a ști să fii convingător. Rolul educativ reiese și din relațiile pacient-asistent și din relațiile de muncă cu personalul în subordine, practicanți, studenți (educarea personalului de nursing).
economică	c) *funcția economică* – de gestionare – gestionarea serviciului, organizarea timpului, precizarea priorităților de aprovizionare etc. Funcția economică se realizează prin corelarea ei cu comportamentul etic.
de cercetare	d) *funcția de cercetare*

	Această funcție impune dezvoltarea unor calități specifice, dar și aceasta pe fondul unei pregătiri profesionale și morale superioare. Asistenta ca participantă în echipa de cercetare alături de medic – devine o componentă importantă. Prin activitatea pe care o desfășoară (multifactorială, multidisciplinară și multisectorială) asistenta are atribuția de identificare a domeniilor de cercetare și, mai ales, cercetare de nursing. În cadrul funcției de natură interdependentă asistenta (lucrează) colaborează cu personal din alte compartimente (administrativ, economic, serviciul plan-profesional), cu alți profesioniști (educatori, psihologi, logopezi, profesori) fapt care-i permite să desfășoare și activități de cercetare. ***Notă:*** În „Nursing-ul în acțiune" de Jane Salvage, 1992, sunt descrise patru funcții majore ale nursei. În anexa nr. 1 sunt definite detaliat alte funcții, precum și atribuțiile și responsabilitățile nursei (Din „Dezvoltarea Nursei Generaliste", Raport la reuniunea O.M.S., Copenhaga, 1990)
5. DOMENII DE ACTIVITATE	Domenii de activitate pentru asistenta generalistă (cu pregătire pluridisciplinară): – Servicii de sănătate – staționar – ambulator – Învățământ, cultură – Cercetare – Educație – Social-economic (condiții de viață) – Administrativ – Demografie – Alimentar – Igienic
6. LOCUL DE MUNCĂ	1. *În comunitate și ambulator* – dispensar – urban – rural – policlinică – școli, grădinițe, creșe, leagăne – cămine de bătrâni 2. *În staționar* (secții: interne, chirurgie, pediatrie, obst. ginecologie etc.) 3. *Inspectoratele de poliție sanitară* – igienă.

ȚINUTA, MOD DE VIAȚĂ:
Vezi principiile Virginiei Henderson
NURSING-ul DIN PUNCT DE VEDERE ETIC:

– respectul față de persoana îngrijită
– secretul profesional
– responsabilitatea morală și penală
– acumulări progresive în competență (Vezi „Codul de etică" și „Jurnalul de nursing")

1. ASPECTE TEORETICE ALE PROCESULUI DE ÎNGRIJIRE (ALE NURSINGULUI)

Factorul decisiv pentru elaborarea unui cadru conceptual privind îngrijirile a fost orientarea către *o nouă concepție* și anume: îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită – considerată, în mod global, unitară.

Asistenta trebuie să cunoască „global" individul, precum și comunitatea în care acesta trăiește.

Evoluția îngrijirilor

Până la jumătatea secolului al XX-lea îngrijirile au fost tributare mai ales concepției religioase, moștenite din trecut.

Florence Nightingale a căutat să elibereze îngrijirile de impregnarea religioasă.

A insistat pe faptul că:

– îngrijirile nu pot să demonstreze doar simpla caritate (mila)

– aceasta trebuie să cedeze locul unei înțelegeri a problemelor, bazată pe gândire.

Astfel, pentru prima oară în istoria îngrijirilor, practica acordării îngrijirilor devine obiectul „gândirii". În cartea sa „Note despre nursing", din 1859, Florence Nightingale descrie aceste îngrijiri.

Cu toate că formarea surorilor medicale a început – competența era limitată. Începând din 1930, progresele medicinii, chirurgiei au modificat conținutul profesiei. Medicii au delegat o parte din actele (sarcinile) lor – surorilor. Pentru a face față solicitărilor, îngrijirile au fost reorganizate după principiul taylorismului, adică realizarea lor în serie. Din această cauză bolnavul care până atunci era în centrul preocupărilor a trecut pe planul al doilea (activitatea nu mai era centrată pe pacient ci pe sarcinile ce trebuiau îndeplinite. Penuria de surori accentuează această situație). Apoi dezvoltarea rapidă a științelor medicale, a tehnicii, au contribuit la trecerea pacientului pe planul al doilea, punându-se accentul pe aspectele medicale, tehnice.

Astfel, îngrijirile sunt:
– devalorizate
– trecute pe plan secundar
– lăsate adesea în sarcina ajutoarelor necalificate

S-a ajuns abia târziu la revalorizarea relației între:
- cel îngrijit și
- cel ce îngrijește.

Către sfârșitul anilor '70, curentul revalorizării relației dintre cel îngrijit și cel ce îngrijește, influențează surorile belgiene – grație lucrărilor Virginiei Henderson care a descris necesitățile fundamentale ale omului, ca bază a îngrijirilor (publicații în anul 1955, apoi 1966, 1977 – 14 *Nevoi Fundamentale).*

Dar pentru descoperirea acestor necesități trebuie să intri în relație cu persoana îngrijită. Este știut că nu putem (este imposibil) să cunoaștem fiecare pacient – atâta timp cât îngrijirile acordate sunt efectuate în serie (sistem *taylorian*). Acestei concepții noi (adică îngrijiri centrate nu pe sarcini, ci pe persoana îngrijită) i s-a acordat mare importanță, ceea ce a făcut ca nursele să-și organizeze munca în alt mod, adică în loc să se repartizeze sarcini, să se repartizeze bolnavi. Activitatea să fie astfel centrată pe PERSOANĂ.

Astfel, asistenta:
- să fie conștiința celui lipsit de conștiință
- ochiul pentru cel care și-a pierdut vederea de curând
- mâna pentru cel căruia i-a fost amputată
- dragostea de viață pentru cel ce încearcă să se sinucidă
- să posede cunoștințele necesare pentru tânăra mamă *(Principii de bază, Virginia Henderson).*

2. REORIENTAREA SERVICIILOR DE SĂNĂTATE

Organizația Mondială a Sănătății (O.M.S.) creată în 1948 – este o instituție specializată a Națiunilor Unite căreia îi revine pe plan internațional – responsabilitatea principală în probleme sanitare și de sănătate publică. O.M.S.-ul cuprinde 165 de țări, (număr în continuă creștere, tot mai multe state, îndeosebi din cele care și-au dobândit independența, urmând să facă parte din Organizație), repartizate în 6 birouri regionale.

Biroul regional al Europei (unul din cele 6 birouri regionale) cuprinde în prezent 50 de state membre, printre care și România. *Pentru reorientarea serviciilor de sănătate* sunt importante următoarele hotărâri:

1) *Conferința de la Alma-Ata 1978* unde s-a enunțat principiul I.P.S. (îngrijiri primare de sănătate) prin „Declarația de la Alma-Ata". A urmat apoi:

2) *în 1979* lansarea strategiei mondiale „Santé pour tous d'ici l'an 2000" (Sănătate pentru toți până în anul 2000).

3) *în 1984* statele membre ale regiunii europene au adoptat cele *„38 de obiective"* (scopuri) ale sănătății pentru toți. (vezi anexa 2)

4) *Conferința de la Viena 21-24 iunie 1988* (vezi anexa 2) continuă să sensibilizeze nursele din toată Europa, asupra modificărilor cerute în practica de îngrijire pentru atingerea celor 38 de obiective regionale.

Reamintim că la Conferința de la Alma-Ata (1978) a fost enunțat *principiul IPS considerând prioritatea nr. 1 – Comunitatea.*

5) Rezoluția Adunării Mondiale a Sănătății 45.5 din 1992 (vezi „Nursing-ul în acțiune" de J. Salvage).

3. ÎNGRIJIRI PRIMARE DE SĂNĂTATE (I.P.S.)

Definiţie. Prin I.P.S. înţelegem:
- îngrijiri esenţiale de sănătate
- accesibile tuturor persoanelor şi familiilor din comunitate
- prin mijloace ce le sunt acceptabile
- cu participarea lor plenară
- şi la un preţ de cost abordabil comunităţii şi ţării

I.P.S. se sprijină pe comunitate.

Definiţia comunităţii

Prin comunitate înţelegem ansamblul unei populaţii de pe un teritoriu geografic determinat, de care este legat prin interese şi valori comune, având o formă de gestiune administrativă, iar membrii săi au interrelaţii cu grupuri sociale şi instituţii.

Comunitatea este locul de unde pleacă IPS; indivizii, familiile şi grupurile îşi asigură singuri responsabilitatea acţiunilor de sănătate. Pentru realizarea acestei strategii s-a considerat că este necesară schimbarea vechii concepţii de asistenţă medicală adică *concepţia dinainte* de Conferinţa de la Alma-Ata când:

- acţiunile de sănătate au fost orientate spre lupta împotriva bolii;
- se acorda o pondere mai mare refacerii sănătăţii şi nu menţinerii şi dezvoltării ei;
- îngrijirile erau limitate la partea medicală şi în acest caz asistenta era un executant al indicaţiilor medicale, *pierzându-şi rolul* de bază în procesul de îngrijire.

Dar îngrijirile persoanei nu presupun *numai funcţii tehnice* ci şi cele de nursing, ce ne obligă să gândim.

În concepţia actuală, se consideră că o bună asistentă medicală (o bună îngrijire) presupune trecerea de la îngrijirile terapeutice (cărora li s-a acordat un loc prioritar în dauna îngrijirilor menite să menţină sănătatea, viaţa) trecerea deci la IPS.

IPS – sunt denumite şi îngrijiri de sănătate comunitară pentru că solicită participarea comunităţii (membrilor comunităţii). Deci omul în globalitatea sa, cu necesităţile sale bio-fiziologice, psiho-sociale, culturale şi spirituale poate activa *ca un copartener şi nu numai ca receptor pasiv* de diverse prestaţii.

IPS favorizează îngrijiri complete, înglobând:
- promovarea sănătăţii
- prevenirea îmbolnăvirilor
- îngrijiri curative curente şi obişnuite
- recuperare
- urgenţe

IPS acoperă 3 niveluri de intervenţii şi anume:
1) îngrijiri de prevenire *primară*
2) îngrijiri de prevenire *secundară*
3) îngrijiri de prevenire *terţiară*

Se poate vorbi şi de intervenţia de nivel 4 (patru), în cazul bolilor terminale (susţinerea familiei etc.).

Nivelurile de intervenții:

îngrijiri de prevenire primară	1. Prin prevenirea primară înțelegem: – menținerea și promovarea sănătății, precum și prevenirea îmbolnăvirilor. Intervenția asistentei urmărește: – educația sanitară (din toate punctele de vedere – alimentație, contracepție etc.) – prevenirea specifică (vaccinări, profilaxia unor boli)
îngrijiri de prevenire secundară	2. Prevenirea secundară urmărește: – intervenții curative – pentru tratamentul bolilor și prevenirea agravării sau a complicațiilor. Rolul asistentei este să descopere problemele la timp (prin vizite acasă, în comunitate – nu așteptăm să ne caute oamenii, îi căutăm noi, prin controale periodice etc.)
îngrijiri de prevenire terțiară	3. Prevenirea terțiară urmărește recuperarea. Rolul asistentei este să susțină persoana îngrijită pentru a se adapta la diferite dificultăți cauzate de problemele de sănătate – rol în recuperarea persoanei.

Atenție!

Este necesar să se facă o distincție între I.P.S. (vezi și definiția) – care a primit o importanță mai mare după Conferința de la Alma-Ata – și îngrijiri de prevenire primară (noțiune care este, de asemenea, definită mai sus).

Pentru asigurarea dezvoltării I.P.S. sunt necesare trei domenii de studiu și acțiune:

1. Identificarea a ceea ce înseamnă I.P.S.
2. Inițierea personalului sanitar, a consumatorilor în I.P.S.
3. Să facem cunoscută valoarea socială și economică a I.P.S.

1. Identificarea a ceea ce înseamnă I.P.S.	Necesitatea cunoașterii și studierii unui întreg ansamblu de caracteristici: – climatul, resurse de apă, caracteristicile populației, nivelul de educație a populației, categorii sociale, resurse economice, caracter urban sau rural, natura muncii efectuată de bărbat și femeie, incidența și prevalența unor boli, rețeaua serviciilor de sănătate.
2. Inițierea personalului sanitar și a consumatorilor de I.P.S.	a) – pregătirea lucrătorilor sanitari pentru a înțelege I.P.S. indiferent că aceștia lucrează în mediu extraspitalicesc, în mediu spitalicesc sau este personal de instruire Este indispensabil ca aceștia să cunoască diferite medii de viață pentru colaborarea cu I.P.S.

	– mediul familial → domiciliul – mediu de muncă → activitatea bărbaților, femeilor – alte medii → cultural, petrecerea timpului liber, etc. – mediu școlar → copii Pregătirea lucrătorilor sanitari și sociali pentru a lucra cu populația, nu pentru populație. Aceasta le impune: – să știe să asculte – să fie capabili să înțeleagă propunerile făcute (de indivizi, familii, grupuri) – să știe să utilizeze informațiile – să știe să alcătuiască un plan de îngrijire (sau acțiuni sanitare stabilite cu populația) – să învețe să muncească cu alte modele sociale diferit de cel ce îngrijește și cel îngrijit; conducător și salariat *Modele sociale stabilite pe relații de egalitate și recunoaștere reciprocă. Personalul din sistemul sanitar trebuie să învețe să renunțe la complexele de superioritate sau de inferioritate între diferitele categorii profesionale. Să învețe să cunoască valoarea socială a persoanelor care îndeplinesc alte profesii.* *Personalul din sistemul sanitar – să nu-și asume un comportament de dominație față de consumatorii de prestații – spunându-le ce au de făcut, fără să-i asculte măcar ce au de spus.* ***Important*** Asistenta generalistă – a cărei activitate se desfășoară în comunitate, trebuie să mențină contacte regulate cu persoane, familii, grupuri, la domiciliu, la școală, la instituții (locuri de muncă), la locuri recreative. Asistentele trebuie să abordeze îngrijirile de așa natură, încât să satisfacă nevoile de sănătate ale pacientului, familiei, colectivității și societății. b) – populația trebuie pregătită să (lucreze) coopereze cu lucrătorii sanitari

3. Să se recunoască valoarea socială și economică a I.P.S. și a persoanelor care le acordă	Să studieze costul, incidența economică a I.P.S. ținând cont de: – durata timpului de muncă – mijloace și tehnologii necesare – cheltuieli (local, dotare etc.) – dotare cu personal Expresia cercetării în comun a lucrătorilor sanitari și a populației – *cunoașterea necesităților de sănătate*

4. CADRUL CONCEPTUAL AL ÎNGRIJIRILOR

Orice activitate ce se dorește a fi profesională urmărește să se sprijine pe baze științifice. Cu toată diversitatea teoriilor și conceptelor despre îngrijiri (în profesiunea noastră) ele toate au o anumită înțelegere privind persoana îngrijită, sănătatea și îngrijirile (nursing-ul).

1. Conceptul despre om: este o ființă unică, având nevoi biologice, psihologice, sociale și culturale, o ființă în continuă schimbare și în interacțiune cu mediul său înconjurător, o ființă responsabilă, liberă și capabilă de a se adapta.

Concepția individului după Virginia Henderson: „Individul este o entitate bio-psiho-socială formând un TOT indivizibil (noțiune privind globalitatea individului). El are necesități fundamentale (comune tuturor) cu manifestări specifice pe care și le satisface singur dacă se simte bine. El tinde spre autonomie în satisfacerea necesităților sale".

2. Concepții privind sănătatea: sunt multe definiții ale sănătății:

Definiția O.M.S. a sănătății:

„Sănătatea este o stare de bine fizic, mental și social și nu constă numai în absența bolii sau a infirmității".

Alte definiții:

„Sănătatea este o stare în care necesitățile sunt satisfăcute în mod autonom, nu se limitează la absența bolii" (Virginia Henderson). „Sănătatea este o stare de echilibru bio-psiho-social, cultural și spiritual, stare de autonomie și independență, fără a fi egală cu absența bolii sau a infirmității – este o stare dinamică ce dă posibilitatea unui organism de a rămâne în echilibru cu mediul extern și intern" (Dinamica se referă la capacitatea individului de adaptare la modificările mediului intern și extern).

„Sănătatea reprezintă ansamblul forţelor biofizice, fizice, afective, psihice şi sociale, mobilizabile pentru a înfrunta, compensa boala, a o depăşi".

*3. **Concepţia despre boală***: este ruperea echilibrului, armoniei, un semnal de alarmă tradus prin suferinţa fizică, psihică, o dificultate sau o inadaptare la o situaţie nouă, provizorie sau definitivă. Este un eveniment putând merge până la respingerea socială a omului şi din anturajul său.

5. COMPETENŢA ASISTENTEI MEDICALE

Practicarea unor îngrijiri de calitate presupune multe cunoştinţe şi *elemente de competenţă*:

1. Cunoaşterea unui model conceptual de îngrijire (de nursing)
2. Cunoştinţele acumulate
3. Cunoaşterea demersului ştiinţific

1. Cunoaşterea unui model conceptual de îngrijire	***Definiţie:*** *Un model conceptual este un ansamblu de concepte, o imagine mentală care favorizează reprezentarea realităţii.* Modelul conceptual (cadrul conceptual) – este deci o dimensiune esenţială de bază care ne permite să aplicăm „filosofia noastră" privind îngrijirile. Nu poate să fie altfel deoarece cadrul conceptual este stabilit pe bază de postulate, valori şi elemente. Pentru a defini cadrul conceptual al unei profesiuni – oricare ar fi câmpul ei de acţiune – este necesar mai întâi să se precizeze următoarele elemente: 1. scopul profesiei 2. ţelul activităţii sale: beneficiarul 3. rolul său 4. dificultăţi întâlnite la pacienţii de care se ocupă (sursele de dificultate puse în evidenţă de asistentă – legate de: lipsa de forţă fizică, voinţă sau lipsă de cunoştinţe) 5. natura intervenţiei acordată pacientului (de: înlocuire, suplinire, ajutare, întărirea forţei, sporirea forţei) 6. consecinţele acestei acţiuni Aceste elemente – când se organizează într-o structură teoretică globală – devin cadrul său conceptual (sau modelul său conceptual – în cazul nostru – a nursingului)

2. Cunoştinţele acumulate	*Ştiinţifice* – cunoştinţe ştiinţifice – acumulate pe parcursul formării asistentei o ajută la înţelegerea fiinţei umane în dimensiunile sale fizice, intelectuale şi afective. Ele furnizează, de asemenea, explicaţii asupra mediului fizic şi social. *Tehnice* – noţiuni şi abilităţi tehnice – se referă la procedeele metodice şi ştiinţifice care servesc la promovarea sănătăţii şi combaterea bolilor. *Relaţionale* – cunoştinţele relaţionale – se referă la capacitatea asistentei de a stabili relaţii cu pacienţii, de a crea un climat propice unor relaţii calde de umanitate. De asemenea, de a şti să colaboreze cu anturajul pacientului (familie, prieteni), de a lucra într-o echipă multidisciplinară şi de a lucra în comunitate. *Etice* – cunoştinţe etice – sunt legate de ansamblul de norme şi principii referitoare la valorile morale ale persoanei şi profesiei şi care reglează buna conduită a asistentei. *Legislative* – cunoştinţe legislative – în ce priveşte mai ales reglementările şi directivele incluse în legi în vederea protejării asistentei şi a pacientului.
3. Cunoaşterea demersului ştiinţific	Demersul ştiinţific – este un instrument de investigaţie, de analiză, de interpretare, de planificare şi de evaluare a îngrijirilor. Cunoaşterea demersului ştiinţific aplicat în îngrijirea individualizată a pacienţilor îi va permite asistentei să ajungă la continuitate şi la planificarea unor îngrijiri de calitate. Instrumentul logic şi sistematic pe care-l utilizează nursing-ul este *demersul ştiinţific*.

De reținut

Toate competențele pornesc de la cunoașterea **conceptului (modelului conceptual) de îngrijire**. Termenul: *concept de îngrijire* este **sinonim cu:**

- model de nursing
- cadru conceptual
- model conceptual

CAPITOLUL II

MODELUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON

Precizarea conceptelor cheie ale acestui model:

– Individul bolnav sau sănătos este văzut ca un tot complet prezentând 14 nevoi fundamentale pe care trebuie să şi le satisfacă;

– Scopul îngrijirilor este de a păstra sau a restabili independenţa individului în satisfacerea acestor nevoi;

– Rolul asistentei (vezi definiţia de la pag. 16) este suplinirea a ceea ce el nu poate să facă singur.

Un model conceptual pentru o profesie reprezintă (aşa cum am mai spus) *o imagine mentală* a profesiei, o concepţie a ceea ce ar putea sau ar trebui să fie.

Un model conceptual este o abstracţie, o creaţie a spiritului.

1. COMPONENTELE ESENŢIALE ALE UNUI MODEL CONCEPTUAL

Componentele esenţiale ale unui model conceptual sunt următoarele:

– postulate

– valori

– elemente a) scopul profesiei

b) ţelul activităţii (beneficiarul)

c) rolul activităţii

d) dificultăţi întâlnite de pacient (sursa de dificultate)

e) intervenţia acordată

f) consecinţele

Postulate	Postulatele sunt suportul teoretic şi ştiinţific al modelului conceptual. Enunţuri pentru susţinerea altor enunţuri. Ele sunt recunoscute şi acceptate (nu trebuie demonstrate). Postulatele pe care se bazează modelul Virginiei Henderson sunt: – orice fiinţă umană tinde spre independenţă şi o doreşte – individul formează un tot caracterizat prin nevoi fundamentale

	– când una din nevoi rămâne nesatisfăcută individul nu este „complet", „întreg", „independent".
Valori sau credințe	Modelul Virginiei Henderson este susținut de 3 valori: • asistenta posedă funcții care sunt proprii • când asistenta preia din rolul medicului, ea cedează o parte din funcțiile sale unui personal necalificat • societatea așteaptă un serviciu din partea asistentelor, pe care nu poate să-l primească de la nici un alt personal
Elemente	Cele șase elemente care dau sens vieții profesionale: ***1. Scopul profesiei este:*** – de a ajuta pacientul să-și conserve sau să-și restabilească independența sa, în așa fel ca el să poată să-și satisfacă nevoile prin el însuși; – de a favoriza vindecarea; – de a asista muribundul spre un sfârșit demn. Membrii acestei profesii tind spre un ideal. Fiind însă realiști, neputând să-l atingă – acceptă să desfășoare activități limitate care au scopul de a conserva sau a restabili independența persoanelor îngrijite. ***2. Obiectivul*** activității profesionale este beneficiarul – adică persoana sau grupul de persoane spre care este îndreptată activitatea. *În atingerea obiectivului se ține cont de faptul că individul, bolnav sau sănătos, formează un tot cu nevoi comune tuturor ființelor umane, dar și de faptul că manifestarea nevoilor este diferită de la un individ la altul.* ***3. Rolul profesiei*** – desemnează rolul *social* pe care-l au membrii profesiei. Rolul asistentei este de *suplinire* a dependenței (a ceea ce nu poate să facă persoana), de a încerca să *înlocuiască* necesitatea în așa fel ca persoana să poată să-și satisfacă cerințele mai ușor și fără handicap. ***4. Sursa de dificultate*** Dificultățile întâlnite la pacient, care fac ca persoana să nu poată răspunde la una din nevoile sale, sunt cauzate de o lipsă: – lipsă de forță – lipsă de voință – lipsă de cunoștințe

	Aceste dificultăţi ţin de competenţa asistentei şi este important de ştiut de care lipsă este dată sursa de dificultate. Dar dificultăţile întâlnite de pacient nu sunt toate legate de profesiunea noastră. ***5. Intervenţia aplicată persoanei*** – asistenta nu trebuie să piardă din vedere omul în globalitatea sa. Intervenţia va fi orientată asupra „lipsei" şi constă în a spori (creşte) independenţa persoanei. Este iniţiativa noastră proprie. ***6. Consecinţele*** – sunt rezultatele obţinute → „ameliorarea" dependenţei sau – „câştigarea" independenţei → atingerea scopului.

2. NEVOILE FUNDAMENTALE

Generalităţi

Fără îndoială, există anumite nevoi fundamentale comune tuturor fiinţelor umane, care trebuie satisfăcute pentru a atinge un nivel optim de bunăstare.

Cadrul conceptual al Virginiei Henderson porneşte de la *existenţa unor necesităţi fiziologice şi aspiraţii ale fiinţei umane* – numite nevoi fundamentale.

Nevoile fundamentale şi dimensiunile bio-psiho-sociale, culturale şi spirituale

Cadrul conceptual al *Virginiei Henderson* se bazează pe definirea celor 14 nevoi fundamentale, cu componentele bio-psiho-sociale, culturale şi spirituale ale individului.

Atingerea de către pacient a independenţei în satisfacerea acestor nevoi este ţelul profesiei de asistentă medicală.

Pentru a aplica modelul conceptual al Virginiei Henderson asistenta trebuie să ştie că: o nevoie fundamentală este o *necesitate vitală, esenţială a fiinţei umane* pentru a-şi asigura starea de bine, în apărarea fizică şi mentală.

Cele 14 nevoi fundamentale sunt:

1. a respira
2. a se alimenta şi hidrata
3. a elimina
4. a se mişca, a păstra o bună postură
5. a dormi, a se odihni
6. a se îmbrăca şi dezbrăca
7. a-şi menţine temperatura corpului în limite normale
8. a fi curat, a-şi proteja tegumentele
9. a evita pericolele

10. a comunica
11. a acţiona după credinţele şi valorile sale
12. a se realiza
13. a se recrea
14. a învăţa

Fiecare din aceste nevoi comportă diferite dimensiuni ale fiinţei umane anume:

- o dimensiune biologică (biofiziologică)
- o dimensiune psihologică
- o dimensune sociologică
- o dimensiune culturală } → cultural spirituală
- o dimensiune spirituală

Scurtă prezentare a nevoilor

1. A respira

– *Aspectul bio-fiziologic* al acestei nevoi se manifestă în respiraţia pulmonară şi tisulară.

– *Dimensiunea psiho-socio-culturală* este influenţată de următorii factori: emoţia, furia, frica, tristeţea etc. exerciţiile de meditaţie, yoga, fumatul etc. Nevoia de a respira prezintă anumite particularităţi la nou-născut, sportivi, după intervenţii chirurgicale.

2. A bea şi a mânca

– Dimensiunea *bio-fiziologică* interesează anumite mecanisme, mişcări ale mâinii spre gură, masticaţie, deglutiţie, digestie, de asemenea necesarul de calorii precum şi alte substanţe nutritive (ex. la un diabetic sau anemic).

– Dimensiunea *psiho-socio-culturală* se manifestă în obiceiurile legate de rasă, religie, naţionalitate.

Ca şi nevoile fundamentale şi această nevoie este legată de alte nevoi (a comunica, a elimina, a se simţi util etc.) şi se modifică după stadiul de maturitate a individului.

3. A elimina

Această nevoie cuprinde eliminarea renală, intestinală, respiratorie şi cutanată, în anumite situaţii: *orificiile* (traheostomie, colostomie) servind căilor de eliminare. *Aspectul bio-fiziologic* este în acelaşi timp mecanic, chimic, hormonal, nervos şi variază mult cu vârsta şi starea de sănătate a persoanei.

Dimensiunile *psiho-socio-culturale* sunt numeroase. Emoţiile agreabile şi dezagreabile influenţează frecvenţa urinară, calitatea şi cantitatea scaunelor, transpiraţia şi expiraţia de CO_2. Atitudinea părinţilor faţă de curăţenie, exigenţele curăţeniei – provin în mod egal din moştenirea socio-culturală.

4. A te mişca şi a te menţine într-o bună postură

Bio-fiziologic, independenţa diferă la copilul mic şi adult, la paraplegic paralizat de 10 ani sau la un alergător olimpic.

Sistemul muscular şi scheletic, cardiovascular, nervos influenţează libertatea de mişcare şi de adaptare sau evitare a anumitor posturi.

Din punct de vedere *psiho-socio-cultural*, variaţiile individuale sunt importante. Mişcarea şi poziţia corpului reflectă conştient sau inconştient starea de spirit a individului, limbajul corporal exprimând vitalitatea psihică, unitatea somaticului cu psihicul. De altfel, obiceiurile sociale şi atitudinile culturale sunt cele care determină mersul unei tinere, bunele maniere la masă şi într-o discotecă.

Independenţa necesară multiplelor deplasări produse în cursul unei zile este în raport direct cu alte nevoi; de exemplu, pentru a se simţi util, şi a-şi realiza doleanţele, necesităţile, pescarul şi taximetristul depun activităţi fizice foarte diferite.

Problemele de sănătate fac să se nască nevoi individuale în domeniul motricităţii (mişcării), de exemplu mersul cu ajutorul cârjelor, schimbarea poziţiei la fiecare oră.

5. A dormi şi a te odihni

Somnul-odihna, *biologic şi fiziologic* – variază cu vârsta şi starea de sănătate: copilul mic are nevoie de mai mult somn decât adolescentul, convalescentul care se restabileşte după o criză cardiacă are nevoie de repaus diferit faţă de un accidentat cu un picior fracturat.

Calitatea somnului, ca şi a repausului mental şi fizic, este asociată subsistemelor cardiovascular, gastro-intestinal, neuro-muscular: o persoană privată de somn şi, în acelaşi timp, de vise nocturne manifestă tulburări fizice şi pshice.

Psiho-socio-cultural – somnul şi repausul sunt afectate de emoţii şi obligaţii sociale, anumite grupuri socio-culturale uzează de droguri pentru a rămâne treji sau pentru a dormi, adepţii meditaţiei şi yoghinii utilizează practici culturiste pentru favorizarea destinderii.

6. A se îmbrăca şi a se dezbrăca

Manifestările acestei nevoi sunt foarte variate.

Bio-fiziologic, activităţile cotidiene necesare independenţei în acest domeniu cer o anumită capacitate neuro-musculară şi pun în evidenţă diferenţele care separă tinerii de cei mai puţin tineri. Când sănătatea este alterată „a te îmbrăca-dezbrăca" poate prezenta probleme foarte personale: femeia cu o mamectomie se preocupă de proteza şi de vestimentaţia sa, hemiplegicul caută veştminte care să poată fi uşor manevrate cu o mână.

Psiho-socio-cultural – se manifestă prin afirmarea personalităţii şi a sexualităţii în alegerea veştmintelor, anumite grupuri socio-culturale şi religioase au exigenţe particulare: voal, turban, capriciile modei au făcut „jeanşii" aproape universali. Respectarea pudorii persoanei, ţinând cont de vârstă, sex, de apartenenţă la

grupuri socio-culturale, necesită utilizarea unor paravane, lenjerie (șervet, prosop) pentru ca nevoia să-i fie satisfăcută.

7. A menține temperatura corpului în limite normale

Menținerea temperaturii convenabile este mai ales o funcție *bio-fiziologică* a persoanei: vârsta face să varieze temperatura corporală după cum toleranța la schimbări survine în mediul ambiant. Temperatura corpului depinde de exercițiu, de felul de a se îmbrăca, de starea de hidratare, de controlul hipotalamic și de ritmurile biologice.

Componenta psihică este manifestă în influența emoțiilor asupra temperaturii. Astfel anxietatea poate provoca o creștere a temperaturii corporale și această emoție, ca și altele, este adesea asociată la situația socio-culturală a subiectului.

8. A fi curat și a-ți proteja tegumentele

Independența în materie de igienă personală este, în mod evident, în funcție de capacitatea fizică de a face gesturi și mișcări necesare, precum și de *factori biologici* ca vârsta și sexul. Nevoile individuale sunt diferite la adolescentul puber, la bătrân, la o fată cu ciclu menstrual.

Sănătatea psihică și emotivă se reflectă în starea epidermei, în atenția acordată părului (coafurii) etc., când nevoile individului de curățenie sunt satisfăcute, sentimentul de bine este crescut. Emoțiile afectează transpirația și secrețiile, normele de curățenie diferă de la un grup socio-cultural la altul, iar în interiorul aceluiași grup, de la o epocă la alta.

9. A evita pericolele

Pericolele pot proveni din mediu: extern, intern. Pe plan *bio-fiziologic*, independența rezidă în a evita anumite alimente și medicamente și de a avea grijă în desfășurarea anumitor activități.

La un bolnav spitalizat nevoia de a evita pericolele poate fi satisfăcută printr-un simplu gest de ridicare a grătarului patului sau, la nevoie, izolarea bolnavului ori protecția celui cu idei de suicid.

Psiho-socio-cultural – pentru asigurarea securității psihice – simpla prezență a unei rude apropiate sau a altei persoane importante pentru pacient (poate evita pericolele). Izolarea socio-culturală poate fi evitată prin diferite mijloace: ascultarea muzicii rock, vizita la o persoană care vorbește aceeași limbă sau aparține aceleiași comunități etnice, respectul obiceiurilor proprii, ale unei culturi.

10. A comunica cu semenii

– nevoia fundamentală comună tuturor ființelor umane

Dimensiunea biologică se manifestă în toate expresiile verbale sau non-verbale care subliniază caracteristicile sexuale: mersul, postura, veștmintele. Din punct de vedere fiziologic, comunicarea verbală cuprinde articulația, fonația (chiar și gestul mâinii care scrie), comunicarea non-verbală depinde de capacitatea psihică de a schimba atitudinile corporale, de a face gesturi, de a avea o față expresivă.

Componentele psiho-socio-culturale se manifestă în alegerea conţinutului exprimat: sentimente, idei, emoţii etc.

Comunicarea cuprinde sexualitatea. Această componentă importantă a fiinţei umane se exprimă din copilărie până la bătrâneţe. Exemplu în afirmarea de sine şi în alegerea veştmintelor, în relaţiile sociale.

Sănătos sau bolnav, copil sau adult, fiecare persoană are o mulţime de lucruri de comunicat. Atunci când un pacient nu poate din diverse motive să-şi satisfacă această nevoie, asistenta trebuie să-l ajute să se exprime şi să găsească noi moduri de exprimare.

11. A-ţi practica religia

Componenta *bio-fiziologică* a independenţei în acest domeniu se exprimă prin mişcări, gesturi, atitudini necesare cultului: pocăinţa poate cere poziţia îngenunchiată sau o perioadă de post, anumite religii prescriu circumcizia, altele interzic anumite mâncăruri şi intervenţii medicale. Evoluţia practicilor religioase este în funcţie de fenomene psiho-sociale şi relaţii interculturale: slujba obişnuit duminicală, se celebrează sâmbăta, bisericile se democratizează. Alterarea sănătăţii poate antrena creşterea sau diminuarea adeziunii la ideologie. În îngrijirea bolnavului de toate vârstele, respectarea acestei nevoi fundamentale cere asistentei o educaţie liberală.

12. A fi ocupat pentru a fi util

De-a lungul etapelor vieţii, fiinţa umană are nevoie să se realizeze, să studieze, să muncească. Aceste activităţi pot fi legate de sex (biologic) dar cea mai mare parte depind de capacitatea fiziologică şi dezvoltarea psiho-socială a individului. Normele culturale influenţează satisfacerea acestei nevoi: într-o societate industrializată, indivizi ambiţioşi cer pentru a se simţi utili alte lucruri decât cei care valorizează expresia artistică şi filosofică.

Independenţa în acest domeniu variază la compozitor şi omul politic, la o mamă de familie şi un manechin.

O problemă de sănătate poate să diminueze, temporar sau permanent, mijloacele de care subiectul dispune pentru a se simţi util. Satisfacerea acestei nevoi este legată de alte nevoi: a învăţa, a comunica, a se mişca.

13. A se recrea

Nevoie fundamentală şi comună tuturor fiinţelor umane, variază în manifestări la copil şi vârsta adultă, de la un individ la altul. Independenţa în recreere are componente *bio-fiziologice:* persoana născută oarbă nu va avea aceleaşi distracţii ca şi ceilalţi, starea de sănătate fiziologică poate decide alegerea între schi alpin şi lectură. Fenomenele *psiho-sociale*, culturale, pot influenţa satisfacerea nevoii (societate, TV). Pot, de asemenea, să apară influenţe şi în viaţa emotivă. Astfel, un coleric se poate elibera de un sentiment dezagreabil lovind mingea de tenis, un altul care joacă volei cu copiii săi, se va simţi mai puţin anxios. Această nevoie nu

este eliminată când o persoană este bolnavă, din contră, perioadele de destindere și distracții trebuie planificate după situația fiecăruia.

14. A învăța

Nevoia de descoperire, de satisfacere a curiozității, de a adăuga cunoștințe este comună tuturor, deși se evidențiază mai puternic la copii și în timpul anilor de formare școlară. Inteligența *(componenta biologică)* și integritatea simțurilor *(componenta fiziologică)* sunt principalii factori care contribuie la satisfacerea acestei nevoi.

Aspectul *psiho-socio-cultural* se manifestă prin dorința de a afla și de a cunoaște valoarea acordată educației de grupul socio-cultural.

În ceea ce privește sănătatea unei populații, nevoile de învățare sunt foarte variate.

Cea mai mică problemă de sănătate, face să se ivească nevoi de învățare particulare. Un pacient trebuie să învețe să-și facă pansamentul, un altul să învețe să-și facă insulina și să-și respecte regimul cu obligația de a participa la dineurile oamenilor de afaceri.

Nevoia de a învăța este specific legată nevoilor de a fi util și a se recrea, dar poate fi condiția esențială a restabilirii independenței în satisfacerea tuturor nevoilor.

În rezumat. Cele 14 nevoi fundamentale îmbracă forme foarte variate după: individ, starea sa de sănătate, maturitatea sa, obiceiuri personale și culturale. Fiecare nevoie prezintă componente bio-fizico-psiho-socio-culturale.

Cele 14 nevoi formează un tot: a considera o nevoie făcând abstracție de celelalte, constituie o negație a „totului"; a încerca să separi fizicul de psihic e inutil.

După conceptul *Virginiei Henderson* scopul ideal al profesiunii de asistentă este independența persoanei în satisfacerea celor 14 nevoi fundamentale.

- Asistenta care vrea să personalizeze îngrijirile trebuie deci să țină seama de diversele dimensiuni implicate și de interacțiunea între nevoi. *Satisfacerea sau nesatisfacerea unei nevoi are consecințe asupra satisfacerii sau nesatisfacerii celorlalte nevoi.*

O nevoie nesatisfăcută poate să pară (sau să fie) de ordin bio-fiziologic, dar aceasta *nu înseamnă că este singura dimensiune interesată.* De exemplu: nevoia de a elimina comportă și o dimensiune psihologică – nevoia de intimitate pe care o resimte persoana sau tensiunea nervoasă care se repercutează, de asemenea, comportă și dimensiunea cultural-spirituală:

– prin valoarea acordată igienei în anumite culturi
– sau legat de anumite obișnuințe și ritualuri.

- În clasificarea nevoilor, după Virginia Henderson, circulația este alăturată nevoii de a se mișca. Dată fiind însă legătura fiziologică care unește funcția cardiorespiratorie – unii preferă să alăture funcția circulatorie la nevoia de a respira. Ni se pare logic.

- O altă problemă care nu este specificată este sexualitatea. Se consideră că faptul de a comunica înglobează sexualitatea, aceasta fiind un mijloc de combatere a solitudinii ființei și de a comunica la nivelul corpului său.

În concluzie – dimensiunile pot modifica manifestările de satisfacere a fiecăreia dintre nevoi. Pot deci influența satisfacerea nevoilor fundamentale.
De exemplu:

Pentru nevoia de *a se alimenta* reamintim factorii dimensiunii psihologice, socio-culturale și chiar religioase (spirituale) care pot influența satisfacerea nevoii.

Dimensiunea psihologică

– factori psihologici ca: frica, anxietatea, emoția, repulsia pentru anumite alimente

Dimensiunea socio-culturală

– climatul familial în timpul mesei, obiceiuri alimentare legate de familie sau cultură, importanța acordată alimentației

Dimensiunea spirituală (religioasă)

– restricția alimentară impusă pentru anumite religii (ex. porc la evrei).

3. CLASIFICAREA NEVOILOR UMANE DUPĂ TEORIA LUI MASLOW

Abraham Maslow, psiholog și umanist american afirmă că există *cinci categorii de nevoi* umane, ierarhizate, în ordinea priorităților (vezi pagina 38), astfel:

1. Nevoi fiziologice
2. Nevoi de siguranță
3. Nevoia de apartenență
4. Nevoia de recunoaștere socială
5. Nevoia de realizare (depășire)

După această teorie trebuie să fie satisfăcute întâi nevoile de bază (toate sau cea mai mare parte) – fiziologice și de securitate – pentru ca persoana să poată tinde spre satisfacerea nevoilor de ordin superior – apartenența, stima, realizarea, (depășirea).

4. NEVOIA ȘI HOMEOSTAZIA

Satisfacerea în ansamblu a nevoilor unei persoane permite conservarea în *stare de echilibru* a diverselor sale *procese fiziologice și psihologice.*

Nevoia: stare care cere un aport, o ușurare, lipsa unui lucru de necesitate, de dorință (dorit, vrut), de utilitate.

Definiția homeostaziei:

Este o stare de echilibru și de autoreglare care se instalează între diverse procese fiziologice ale persoanei. Acest concept se extinde, de asemenea, și la procesele psiho-sociologice.

Astfel, azi se vorbește de – homeostazie fiziologică și de
– homeostazie psiho-socială a individului.

Ierarhizarea nevoilor după ABRAHAM MASLOW



Evoluția spre o nevoie superioară nu se poate realiza pe deplin decât atunci când nevoia inferioară este satisfăcută.

Nesatisfacerea unei nevoi fie de ordin fiziologic sau psihologic – este susceptibilă de a avea repercusiuni la una sau mai multe nevoi.

Exemplu de autoreglare (transpirația în febră); – o eliminare insuficientă a acidului uric poate provoca un oarecare grad de acidoză metabolică pe care nevoia de a respira va încerca să o compenseze printr-o respirație rapidă și profundă, antrenând astfel o mai mare eliminare de CO_2 și o restabilire posibilă a echilibrului acido-bazic.

Exemplu cu efect mai puțin favorabil în procesul de autoreglare: – o persoană care nu se poate mișca – va avea apetitul scăzut, capacitatea pulmonară redusă, motilitatea intestinală încetinită, tonusul psihologic scăzut... și deci homeostazia proceselor fiziologice și psihologice poate fi perturbată.

5. INDEPENDENȚA ȘI DEPENDENȚA ÎN SATISFACEREA NEVOILOR FUNDAMENTALE

Ca să-și mențină un echilibru fiziologic și psihologic, pacientul trebuie să atingă un nivel minim de satisfacere a nevoilor sale.

Independența la adult	*Atingerea unui nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor* (un bun echilibru fiziologic și psihologic) prin acțiuni pe care le îndeplinește individul însuși (singur), fără ajutorul unei alte persoane. Independența este deci satisfacerea uneia sau mai multor nevoi prin acțiuni proprii, îndeplinite de persoana însăși. Pentru copii, independență se consideră și atunci când nevoile sunt îndeplinite cu ajutorul altora (de către alții) în funcție de faza de creștere și de dezvoltare a copilului.
Dependența	*Incapacitatea persoanei de a adopta comportamente* sau de a îndeplini singur, fără ajutorul unei alte persoane, acțiuni care să-i permită un *nivel acceptabil* în satisfacerea nevoilor astfel încât să fie independent. Originea probabilă a acestei dependențe este o lipsă de forță (când pacientul nu poate), lipsă de voință (când nu vrea), lipsă de cunoaștere (când pacientul nu știe cum să acționeze pentru satisfacerea nevoilor fundamentale). ***Observație:*** Asistenta știe că propria sa competență nu este suficientă în vastul domeniu al sănătății. Așa, de exemplu, în cazul unui pacient nesatisfăcut prin lipsa de bani, de locuință, căldură, intervenția asistentei este limitată. De aceea, ea recunoaște competența altor profesioniști cu care lucrează interdependent.

	Important de reținut: Noțiunea de „nivel acceptabil în satisfacerea nevoilor" înseamnă că poate exista un oarecare grad de insatisfacție fără ca acest lucru să presupună o dependență a persoanei. ***De exemplu:*** o persoană este independentă dacă folosește într-un mod adecvat, fără ajutorul altei persoane, un aparat, un dispozitiv, o proteză (proteză auditivă, oculară, dentară, cârjă, sac de stomie, membru artificial etc.), fapt care-i permite să-și manifeste o stare de bine – deci este independentă. Dependența apare din momentul în care persoana trebuie să recurgă la altă persoană pentru a utiliza un aparat, un dispozitiv de susținere sau o proteză. *O altă precizare:* se consideră că este eronat să calificăm pacientul „dependent", de aceea este preferabil să se spună *„problemă de dependență"*
Manifestarea de dependență	Atunci când o nevoie fundamentală este nesatisfăcută din cauza unei surse de dificultate, apar una sau mai multe manifestări de dependență. Acestea sunt *semne observabile ale unei anumite incapacități a persoanei de a raspunde prin ea însăși la această nevoie (vezi anexa 3).* ***Exemplu:*** incapacitatea unei persoane să-și protejeze tegumentele, poate duce la roșeață sau la leziune = este o *manifestare de dependență* față de această nevoie, sau – incapacitatea de a comunica poate produce, de asemenea, manifestări de dependență care pot conduce la *izolarea socială.* Dependența unei persoane trebuie să fie considerată (apreciată) nu numai în raport cu intensitatea sa, dar și în raport cu durata sa (de la câteva zile, la ani de zile). Astfel ea (dependența) poate fi: moderată sau totală, temporară sau permanentă.

Clasificarea nivelurilor de dependență

Nivelul de dependență (indicele de gravitate) al persoanei îngrijite se poate determina după evaluarea funcției de independență/dependență a fiecărei nevoi fundamentale, după următorul tabel:

Tabel de corespondență a nivelurilor de dependență

TABEL 1

Niveluri de dependență	Nivel 1	Nivel 2	Nivel 3	Nivel 4
	Persoana este independentă și **autonomă**	Persoana prezintă o dependență **moderată**	Persoana prezintă o dependență **majoră**	Persoana prezintă o dependență **totală**

Fiecare nevoie fundamentală poate fi încadrată într-una dintre cele 4 categorii.

Prin acordarea unui punct de la 1 la 4 (în funcție de gravitate) fiecărei nevoi și totalizând aceste puncte, se obține un total care poate varia între 14 și 56 de puncte.

TABEL 2

Nivelul de dependență / Data	Numele			
	25.III	26.III	27.III	
1. A respira	2	2	1	
2. A bea și a mânca	3	2	2	
3. A elimina	2	2	2	
.... 14. A învăța				
TOTAL				
NIVEL DE DEPENDENȚĂ				

Totalul de puncte obținut permite clasificarea pacienților în patru categorii de dependență, astfel:

Clasificarea în patru categorii de dependență

persoană independentă:	până la 14 = nivel 1
pacient cu dependență moderată:	de la 15 la 28 = nivel 2
pacient cu dependență majoră:	de la 29 la 42 = nivel 3
pacient cu dependență totală:	de la 43 la 56 = nivel 4

Importanța practică:

Evaluarea nivelului de dependență a pacientului folosește ca instrument de măsură pentru a ne orienta în procesul de îngrijire. Astfel, consemnarea și urmărirea

nivelului de dependență ne permite aprecierea rezultatului obținut în urma tratamentului și intervențiilor de îngrijire.

Determinarea și consemnarea nivelului de dependență se poate face și numai pentru una sau mai multe dintre nevoile nesatisfăcute, acordând nevoii respective punctaj de la 1 la 4 (conform tabelului 1), fără să se mai facă totalizarea punctelor.

Tipuri de dependență și nivelul de intervenție

Dependența poate să intereseze aspectul biologic, psihologic, social, cultural și spiritual al ființei umane. Pacientul poate să prezinte 4 forme de dependență

– potențială
– actuală
– descrescândă
– permanentă

Această problemă trebuie să fie considerată sub unghiul celor 3 (trei) niveluri de intervenții – deja menționate: prevenirea primară, secundară și terțiară.

potențială	Dacă problema de dependență este posibil să apară din cauza anumitor predispoziții, atunci vorbim de o stare de dependență POTENȚIALĂ. În acest caz trebuie planificată o intervenție. ***Exemplu:*** la un pacient subalimentat, imobilizat, poate ușor să apară roșeață sau răni prin presiune (escară). O acțiune *preventivă* poate evita această problemă de dependență.
actuală	În același timp, dacă problema este prezentă, dependența este ACTUALĂ. – în acest caz acțiunile vor fi *corective.*
descrescândă	Când dependența pacientului se reduce este în DESCREȘTERE – rolul asistentei în acest caz este de *a susține* acest progres și de a ajuta pacientul să-și regăsească gradul *optimal de autonomie.*
permanentă	Dacă în ciuda îngrijirilor din partea asistentei problema nu poate fi corectată, dependența este atunci PERMANENTĂ sau CRONICĂ (exemplu în paraplegie). Rolul asistentei este în acest caz *suplinirea* a ceea ce el nu poate face independent și de a-l ajuta să se adapteze în aceste limite.

6. SURSELE DE DIFICULTATE

Sursele de dificultate se definesc ca fiind cauza dependenţei = *orice obstacol major care împiedică satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale,* constituie o sursă de dificultate. Sursele de dificultate pot fi cauzate de:

1. Factori de ordin *fizic*
2. Factori de ordin *psihologic*
3. Factori de ordin *social*
4. Factori de ordin *spiritual*
5. Factori legaţi de *insuficiente cunoştinţe* (vezi Anexa 4)

– de ordin fizic	*1. Sursele de dificultate de ordin fizic* cuprind toate obstacolele (piedicile) fizice de natură intrinsecă sau extrinsecă ce influenţează negativ satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale. Sursele de dificultate intrinseci provin de la individul însuşi. Poate fi vorba de o problemă articulară, de o paralizie, de o problemă metabolică, de o infecţie, de o excrescenţă care obturează trecerea aerului, a alimentelor, a substanţelor excretoare etc. Sursele de dificultate extrinseci cuprind agenţi exteriori care în contact cu organismul uman, împiedică funcţionarea normală (ex. o sondă nazo-gastrică sau vezicală care cauzează iritaţii, pansament compresiv, o imobilizare etc.)
– de ordin psihologic	*2. Sursele de dificultate de ordin psihologic* cuprind sentimente şi emoţii – pe scurt stările sufleteşti şi intelectuale care pot influenţa satisfacerea anumitor nevoi fundamentale (tulburări de gândire, anxietate, stres, situaţii de criză, modificarea schemei corporale, doliu etc.). Manifestările de dependenţă la acest nivel pot afecta toate nevoile (ex. anxietatea poate cauza hiperventilaţia, anorexie, diaree, perturbarea capacităţii de comunicare etc.).
– de ordin social	*3. Surse de dificultate de ordin social* cuprind problemele generate persoanei în raport cu anturajul său, cu partenerul de viaţă, cu familia sa, cu prietenii, cu colegii de muncă – pe scurt problemele legate de inserarea (încadrarea) în comunitate. Aceste surse pot fi prezente pe planuri *relaţionale culturale şi economice.* Se pot prezenta sub formă de modificare a rolului său social (serviciu nou, şomaj) dificultăţi de comunicare, probleme de adaptare la o cultură, sentiment de respingere etc. Asistenta nu poate întotdeauna să influenţeze direct problemele generate de aceste surse de dificultate dar ea trebuie să ştie să le recunoască şi să ajute pacientul. Asistentele trebuie să deceleze nivelul

	igienei locuințelor, salubritatea, aerul ambiant etc. Sursele de dificultate de ordin social pot să afecteze calitatea vieții (cu repercusiuni asupra tuturor nevoilor) și pot fi surse de stres, de depresie, de malnutriție etc.
– de ordin spiritual	*4. Surse de dificultate de ordin spiritual* Este vorba de aspirațiile spirituale, revolta persoanei asupra sensului vieții, întrebări religioase, filosofice, limite în practicarea religiei care-i dau persoanei insatisfacții. Au repercusiuni (mai ales) asupra persoanelor în vârstă sau la muribunzi. Dar pot apărea manifestări de dependență și la alte categorii.
– lipsa de cunoștințe	*5. Surse de dificultate legate de lipsa de cunoștințe* Asistenta poate ajuta pacientul în câștigarea unor cunoștințe care sunt necesare pentru a-l ajuta în satisfacerea nevoilor. Astfel sunt necesare informații pentru: cunoașterea de sine, cunoștințe despre sănătate și boală, cunoașterea celorlalte persoane, cunoașterea mediului social.

Unde, cum poate interveni asistenta?

Intervenția asistentei poate fi asupra sursei de dificultate direct sau asupra manifestărilor de dependență. Uneori însă asupra sursei de dificultate nu se poate acționa.

Astfel: față de o problemă de retenție urinară datorită efectului anesteziei la un pacient operat, asistenta nu poate acționa asupra sursei, ea poate acționa doar asupra retenției, care constituie problema de dependență a pacientului. Din contră, când este vorba de insuficiente cunoștințe, acțiunile asistentei pot viza direct sursa de dificultate – printr-o învățare (educare) adecvată a pacientului.

Alte situații când intervenția asistentei asupra sursei de dificultate nu este posibilă: ex. deficit vizual sau intelectual.

Există însă situații când intervenția asistentei poate fi la cele două niveluri: de exemplu, un pacient cu escară datorită imobilizării (asistenta se ocupă de rană, dar și de sursa de dificultate – prin schimbarea poziției pacientului).

CAPITOLUL III

PROCESUL DE ÎNGRIJIRE

Prezentare generală

Ce este procesul (sau demersul) de îngrijire?

- Este o metodă organizată și sistematică, care permite acordarea de îngrijiri idividualizate. Demersul de îngrijire este *centrat pe reacțiile particulare ale fiecărui individ (sau grup de indivizi)* la o modificare reală sau potențială de sănătate.
- Demersul mai poate fi definit ca: un proces intelectual compus din diverse etape logic ordonate, având ca scop obținerea unei mai bune stări a pacientului.
- După Geneviève Déchanoz, procesul de îngrijire reprezintă *aplicarea modului științific* de rezolvare a problemelor, a analizei situației, a îngrijirilor, pentru a răspunde nevoilor fizice, psihosociale ale persoanei, pentru a renunța la administrarea îngrijirilor stereotipe și de rutină, bazate pe necesități presupuse, în favoarea unor îngrijiri individualizate, adaptate fiecărui pacient. Este un mod de a gândi logic, care permite intervenție conștientă, planificată a îngrijirilor în scopul protejării și promovării sănătății individului.

Aplicarea cadrului conceptual al Virginiei Henderson în procesul de îngrijire, ușurează identificarea nevoilor pacientului pe plan bio-psiho-social, cultural și spiritual și găsirea surselor de dificultate care împiedică satisfacerea nevoilor. De asemenea, permite stabilirea intervențiilor capabile să reducă influența acestor surse de dificultate, în scopul de a ajuta persoana să-și recapete autonomia (pe cât posibil).

Etapele procesului de îngrijire

Procesul de îngrijire comportă 5 etape:

1. Culegerea de date
2. Analiza și interpretarea lor (probleme, diagnostic de îngrijire)
3. Planificarea îngrijirilor (obiective)
4. Realizarea intervențiilor (aplicarea lor)
5. Evaluarea

1. Culegerea de date

Culegerea datelor ne permite să facem o inventariere a tuturor aspectelor privind pacientul în globalitatea sa. Se poate spune că ele ne informează asupra a ceea ce este pacientul, asupra suferinței, asupra obiceiurilor sale de viață și asupra stării de satisfacere a nevoilor fundamentale.

2. Analiza și interpretarea datelor ne permit să punem în lumină problemele specifice de dependență și sursa de dificultate care le-a generat, adică elaborarea „diagnosticului de îngrijire".

3. Planificarea îngrijirilor ne permite:

a) determinarea scopurilor (obiectivelor) care trebuie urmărite – mai precis determinarea obiectivelor de atins (rezultatul așteptat);

b) stabilirea mijloacelor pentru rezolvarea obiectivelor (pentru atingerea rezultatelor).

4. Executarea, aplicarea intervențiilor

Utilizarea planului de intervenții elaborat (precizarea concretă a intervențiilor)

5. Evaluarea constă în analiza rezultatului obținut (dacă intervențiile au fost adecvate, dacă s-a obținut rezultatul dorit sau nu) și dacă au apărut noi date în evoluția stării pacientului (care trebuie notate) și, eventual, dacă este necesară reajustarea intervențiilor și obiectivelor (proces ciclic).

Care sunt avantajele utilizării procesului științific din punct de vedere al calității îngrijirilor?

Avantajul cel mai mare este legat de faptul că *demersul se sprijină pe datele furnizate de pacient sau luate din alte surse sigure.* Aceste date permit să se vadă situația în ansamblul ei și să se aprecieze nevoile reale ale fiecărui pacient considerat ca o persoană diferită și unică în sine.

Demersul constituie deci un instrument:

– de individualizare

– de personalizare a îngrijirilor – ele concură la *umanizare.*

O altă calitate a demersului constă în faptul că informațiile constituie o resursă foarte utilă pentru controlul calității de îngrijire; pune la dispoziția întregii echipe de îngrijire – detaliile planificării îngrijirilor făcând posibilă *raționalizarea îngrijirilor, coordonarea și stabilirea priorității.*

1. COLECTAREA DE DATE SAU APRECIEREA prima etapă a demersului de îngrijire (procesului)

Culegerea datelor este faza inițială, debutul procesului de îngrijire de la care începe derularea acestui demers. Culegerea informațiilor este un *proces continuu,* în sensul că *pe tot parcursul muncii sale, asistenta nu încetează de a observa, de a întreba și de a nota datele privind pe fiecare pacient.*

Deci – începând de la sosirea pacientului în spital sau în momentul contactului inițial cu personalul de îngrijire, într-un centru de sănătate, în comunitate și pe tot parcursul îngrijirii, *culegerea de date permite asistentei să-și stabilească acțiunile de îngrijire.*

Multe dintre asistentele din spital se informează despre pacient încă înainte de a-l vedea (citesc dosarul, întreabă date mai semnificative) pentru a-l aborda cu un spirit deschis.

Tipuri de informații culese

Informațiile culese sunt:

- *date obiective* – observate de asistentă despre pacient
- *date subiective* – expuse de pacient
- date conținând informații *trecute*
- date conținând informații *actuale*
- date legate de *viața pacientului*, de *obiceiurile sale*, de *anturajul său* sau de *mediul înconjurător.*

Îngrijirea pacientului pornește de la informațiile primite. Scopul *investigațiilor noastre este de a rezolva problemele pacientului*, pe care acesta nu și le poate rezolva singur – deci: *identificarea problemelor.* Identificarea problemelor de îngrijire a pacientului se bazează pe: *cunoașterea pacientului,*

- cunoașterea deficiențelor pacientului
- cunoașterea așteptărilor acestuia în ce privește:
  - îngrijirea
  - sănătatea
  - spitalizarea sa
- cunoașterea propriilor resurse pentru a face față nevoilor de sănătate.

Prin cunoștințele noastre, trebuie (putem) să aprofundăm problemele reale și potențiale.

Toate informațiile culese pot fi grupate în două mari categorii:

- date relativ *stabile*
- date *variabile*

Date relativ stabile	– *Informații generale:* nume, vârstă, sex, stare civilă etc. – *Caracteristici individuale:* rasă, limbă, religie, cultură, ocupație etc. – *Gusturi personale și obiceiuri:* alimentația, ritm de viață etc. – *Evenimente biografice legate de sănătate:* boli anterioare, sarcini, intervenții chirurgicale, accidente etc. – *Elemente fizice și reacționale:* grup sanguin, deficite senzoriale, proteze, alergii etc. – *Rețeaua de susținere a pacientului:* familie, prieteni etc.

Date variabile 7	Sunt date în continuă evoluție, schimbare și care cer o constantă reevaluare din partea asistentei. Date variabile legate de *starea fizică*: temperatura, tensiunea arterială, funcția respiratorie, apetitul sau anorexia, eliminarea, somnul, mișcarea, reacții alergice, inflamații, infecții, oboseală, intensitatea durerii, reacții la tratament, la medicamente etc. Date variabile legate de *condițiile psihosociale:* anxietate, stres, confort, inconfort, stare depresivă, stare de conștiență, grad de autonomie, capacitatea de comunicare, acceptarea sau neacceptarea rolului etc. Așa cum am mai menționat, colectarea datelor este un proces continuu care trebuie urmărit de către asistentă în munca sa zilnică pentru a descoperi cum să se ajungă la satisfacerea nevoilor. Aceste date sunt la dispoziția întregii echipe de îngrijire și constituie un instrument de lucru în procesul de îngrijire, care trebuie să fie adus la zi cu regularitate, în funcție de evoluția stării pacientului.

Surse de informație

Pentru culegerea datelor, asistenta trebuie să recurgă la diferite surse de informații, astfel:

- sursa directă primară: pacientul
- surse secundare sau indirecte:
    - familia și anturajul pacientului
    - membrii echipei de sănătate
    - dosarul medical – actual – anterior
    - scheme de referință (consultarea unor date; cazuri specifice: hemodializa)

Mijloacele principale cele mai eficace de a obține informațiile dorite sunt fără îndoială următoarele:

a) – observarea pacientului
b) – interviul pacientului
c) – consultarea surselor secundare (mai sus enumerate)

a. Observarea

Observarea rămâne elementul primordial de bază pe care îl folosește asistenta pe parcursul activității.

Observarea presupune: o capacitate intelectuală deosebită de a sesiza prin intermediul simțurilor, detaliile lumii exterioare (diferite detalii).

Observarea este un proces mintal activ.

Observarea se bazează pe *subiectivitatea* celui ce observă, ceea ce determină marea sa „fragilitate".

Observaţia este filtrată prin mecanismele noastre senzoriale, de percepţie şi emotivitate.

Pe scurt, percepţia este un proces selectiv care ne duce la a vedea ceea ce *am învăţat să vedem* şi la *ceea ce este de văzut*. Trebuie deci ca în atenţia noastră să fie *diminuarea subiectivităţii* (prin efort intelectual).

Implicarea simţurilor

În cursul muncii sale pentru pacient, asistenta se foloseşte de organele de simţ, vedere, auz, atingere şi miros.

Vederea: ne aduce o multitudine de informaţii privind caracteristicile fizice ale unei persoane (fizionomia, privirea, comportamentul etc.). Ea ne informează, de asemenea, asupra anumitor semne şi simptome care traduc o nevoie insatisfăcută, o problemă de sănătate

- faţă tristă sau denotând suferinţa
- agitaţie sau descurajare
- erupţii ale pielii, ictere etc.

Auzul: prin simţul auzului ne parvin cuvintele

- intonaţia vocii
- gemete, văicăreli, plângeri
- zgomote emise de pacient, bătăi cardiace, gaze

Atingerea: joacă rol important la examenul fizic sau la palparea anumitor părţi ale corpului, permiţând cunoaşterea detaliilor (induraţie, grosimea unei mase, căldura membrelor etc.)

Mirosul: permite:

- decelarea unui miros relevant pentru gradul de curăţenie al pacientului
- procese patologice – infecţia unei plăgi care degajă miros urât
- halena – de exemplu la un diabetic (în acidoză)

Utilizarea observaţiei

Pentru a fi eficace, observaţia trebuie să fie făcută cu multă atenţie, asistenta trebuie să-şi dezvolte spiritul de observaţie, trebuie deci, pe cât posibil, să facă abstracţie de propriile preocupări şi să se concentreze asupra pacientului şi asupra a tot ceea ce-l înconjoară.

Cadrul conceptual al nevoilor fundamentale constituie o grilă de observaţie sistemică şi practică. Această grilă cu cele 14 nevoi ale pacientului din punct de vedere bio-psiho-social, cultural, spiritual – permite observarea pacientului ca un tot – adică de a avea o *viziune holistică* asupra persoanei. Presupune, de asemenea, *depistarea surselor de dificultate* care sunt cauza dependenţei pacientului.

Elemente de evitat: – asistenta trebuie să se ferească de:
- subiectivism
- judecăţi preconcepute
- rutină şi superficialitate
- lipsa de concentraţie şi continuitate

Precizare: În observarea pacientului de către asistentă pentru culegerea datelor se recurge şi la instrumentele de măsură termometrice, aparate de monitorizare etc. Acestea ar fi informaţiile culese după modelul medical, dar este foarte important ca datele să fie după modelul nou, al procesului de îngrijire care permite o viziune globală a pacientului din punct de vedere bio-psiho-social în acordarea de îngrijiri individualizate. Dacă folosim modelul medical vom avea numai informaţii medicale.

b. Interviul

Interviul – întrevederea, dialogul, discuţia cu pacientul

Interviul este o formă specială de interacţiune verbală care se desfăşoară în intimitate între asistentă şi persoane care recurg la îngrijiri de sănătate.

Permite depistarea nevoilor nesatisfăcute ale persoanei şi diverse manifestări de dependenţă pe care le determină.

Interviul este un instrument prin excelenţă de *personalizare* a îngrijirilor (instrument de cunoaştere a personalităţii).

– condiţiile pentru interviu	Trebuie să se ţină cont de anumiţi factori importanţi: – alegerea momentului oportun pentru pacient – respectarea: – orei de masă – momentelor de oboseală şi de repaus – perioadelor când pacientul se simte foarte suferind – asistenta să-şi organizeze astfel munca sa, încât să prevadă un timp suficient de lung pentru a permite pacientului să se exprime în ritmul său – asistenta trebuie, de asemenea, să creeze toate condiţiile ţinând cont de – *intimitatea* la care pacientul are drept – şi de *confortul* pacientului – interviul se bazează pe abilitatea asistentei de a stabili o comunicare eficace şi clară – de asemenea, interviul presupune – capacitatea asistentei de a manifesta un comportament care să reflecte: – atitudine de *acceptare* – capacitate de *ascultare* – atitudine de *respect* – capacitate de *empatie*

	Asistenta demonstrează acest comportament prin: – menţinerea unui contact vizual – expresie (mimică) senină a feţei – surâzătoare (după caz) – printr-o poziţie comodă şi limbaj care dovedesc pacientului dorinţa sa de a-l asculta şi de a-i uşura urmărirea interviului.
– abilităţi ale asistentei de a facilita interviul	*Abilitatea de a facilita (favoriza) interviul* Sunt numeroase abilităţi, descrierea lor depăşeşte cadrul acestui îndrumar. Vom enumera câteva: a) *Abilitatea de a pune întrebări adecvate* Întrebările pot fi: închise sau deschise. *Întrebările închise* – aduc un răspuns limitat prin „da" sau „nu". Exemplu de întrebare închisă: „Aţi dormit bine?" (răspuns monosilabic). *Întrebările deschise* – permit pacientului să se exprime. Exemplu de întrebări deschise: „Vorbiţi-mi despre problema care v-a adus la spital". Sau: „Puteţi să-mi descrieţi obişnuinţa dumneavoastră în legătură cu somnul?" Întrebările deschise pot fi de diverse tipuri: – *de tip narativ* (ex. „Povestiţi-mi ce probleme vă mai creează boala"), „Povestiţi-mi ceea ce s-a petrecut" (desfăşurarea unui eveniment). – *de tip descriptiv* (ex. „Descrieţi-mi felul dumneavoastră de a proceda"). – *de tip de calificare* (ex. „De ce nu mâncaţi niciodată carne?"). b) *Abilitatea de a confirma* (valida) percepţiile sale în legătură cu pacientul, în aşa fel încât să elimine subiectivismul observaţiei sale (ex. „Mi-aţi spus că sunt două zile de când vomaţi"). Cereţi-i să vă repete ceea ce credeţi că nu aţi înţeles. c) *Abilitatea de a readuce pacientul la răspunsurile necesare* – atunci când face digresiuni (ex. „Văd că vă preocupă mult digestia d-voastră, dar n-aţi putea să-mi daţi amănunte şi despre somnul d-voastră?"). d) *Abilitatea de a face o sinteză* (ex. pe scurt, „Ceea ce dv. mi-aţi povestit, demostrează că nu puteţi niciodată să vă destindeţi din cauza nervozităţii dv."). e) *Abilitatea (capacitatea) de a aplica o ascultare activă:* – prin repetarea ultimei părţi din fraza pacientului,

	– prin extragerea și reformularea conținutului emotiv din enunțul pacientului și răspunzându-i în așa fel ca să-i demonstrezi că înțelegi ceea ce el simte (trăiește). Aceste accesibilități sunt necesare pentru a nu-l face pe pacient să se închidă în el, să nu mai răspundă. Asistenta să știe cum să pună întrebări suplimentare sau să treacă sub tăcere unele chestiuni care pun pacientul în situații neplăcute.

Precizări:

Cum favorizăm o relație de interacțiune cu pacientul?

– Asigurăm o anumită intimitate, ambianță, ne instalăm într-un loc calm izolat să nu fim deranjați;

– Ne adresăm pacientului, numindu-l. Ne prezentăm, și îi arătăm un real interes pentru starea sa de sănătate;

– Îi explicăm demersul nostru, scopul interviului (întrebările au scopul de a-l cunoaște, cu problemele pe care le are, iar răspunsurile ne vor permite să-i asigurăm o mai bună îngrijire-planificare a îngrijirilor);

– Îi acordăm toată atenția printr-un contact vizual;

– NU NE GRĂBIM! Îl lăsăm să-și termine fraza, nu-l bruscăm. Să fim atenți și la propria noastră atitudine (diferența de cultură poate fi uneori un obstacol în comunicare);

– Utilizăm vocabular adaptat, nu începem prin întrebări intime, delicate;

– Să fim un ascultător activ – o înclinare din cap, o privire plină de interes care să exprime înțelegerea față de problemele lui.

De reținut: Pentru obținerea prin interviu (întrevedere) a unor informații care să folosească la întocmirea unui plan de îngrijire individualizat este recomandabil:

– să se culeagă în prealabil (din dosar sau de la colege) informații în legătură cu pacientul (surd, agresiv...),

– să se pună o singură întrebare o dată. Mai multe întrebări simultane pot crea confuzia pacientului,

– să se lase suficient timp pacientului pentru a răspunde,

– dacă este cazul – să se discute câteva minute despre lucruri banale,

– să se explice pacientului că informațiile sunt necesare pentru planificarea unor îngrijiri potrivit dorințelor sale, respectarea obiceiurilor sale, astfel încât spitalizarea să fie mai suportabilă,

– să se pună întrebarea în așa fel încât să nu se sugereze răspunsul,

– să se folosească un sistem de înscriere a informațiilor (a nu se baza pe memorie),

– să se facă o concluzie a interviului și să se aprecieze dacă pacientul consideră folositor acest interviu,

– să se mulțumească pacientului pentru colaborare.

Dacă interviul inițial nu poate fi finalizat – trebuie să se revină – lucru care va fi menționat pacientului.

2. ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR
a doua etapă a procesului de îngrijire

Pentru ca datele culese să poată orienta asistenta spre intervenții individualizate este important ca ele să fie analizate și interpretate. Aceasta presupune identificarea nevoilor specifice ale pacientului, nu numai a celor care caracterizează orice ființă umană. De exemplu, nevoia de a fi curat este comună tuturor, în timp ce nevoia de a face zilnic duș este personală, particulară pentru o anumită persoană. O altă persoană, pentru a fi independentă, are nevoie să-și poată spăla zilnic părul. Există, de asemenea, nevoi personale în ceea ce privește dinții, bărbieritul, unghiile etc. Identificarea nevoilor particulare se face, pe cât posibil, cu participarea pacientului. Datele culese pentru cele 14 nevoi vor indica una sau mai multe nevoi particulare. Acestea pot să conducă acțiunile asistentei la intervenții individualizate.

ANALIZA ȘI INTERPRETAREA DATELOR ÎN CADRUL CONCEPTUAL AL VIRGINIEI HENDERSON – PRESUPUN UN EXAMEN AL DATELOR ȘI CLASIFICAREA LOR

Analiza	Analiza datelor se face prin: – examinarea datelor – clasificarea datelor: date de independență – acelea care permit satisfacerea autonomă a nevoilor – date de dependență – stabilirea problemelor de îngrijire – recunoașterea legăturilor și a priorităților (problemelor). Analiza presupune, de asemenea, regruparea datelor la fiecare din cele 14 nevoi. Regruparea permite identificarea resurselor individuale.
Interpretarea	Interpretarea datelor înseamnă a da un sens, a explica originea sau cauza problemei de dependență, adică, a defini sursele de dificultate.

De reținut: Analiza și interpretarea datelor vor conduce asistenta la stabilirea diagnosticului de îngrijire.

Notă: Organizarea datelor se poate face și după diferite alte metode (Maslow, Gordon, pe sisteme = sistem respirator, sistem cardiovascular etc.).

Complexitatea analizei și interpretării (dificultate)	Analiza și interpretarea datelor – în nursing este o sarcină complexă. Dificultatea provine din: – numărul mare de date culese (relativ la cele 14 nevoi) – varietatea surselor de informații (pacient, familie, dosar, echipă de îngrijire etc.)

	– caracterul schimbător al unui mare număr de date – subiectivitatea persoanei care culege datele – caracterul adesea urgent și grav al situației. Rolul asistentei este să determine prin datele culese ce nevoie este nesatisfăcută, să determine unde se află sursa de dificultate (care reprezintă obstacolul în satisfacerea nevoii). Diversele cunoștințe ale asistentei în nursing și în științele conexe (anatomie, fiziologie, fiziopatologie, psihologie, sociologie etc.) îi vor fi sprijin în procesul de analiză și interpretare a datelor.

Departajarea între manifestările de independență și manifestările de dependență

Exemplu **Comportamente ale pacientului care-i favorizează satisfacerea nevoilor**	**Comportamente ale pacientului care nu-i favorizează satisfacerea nevoilor**
– își ia masa regulat cu poftă; – alimentație variată care respectă normele; – nici o alergie alimentară; – hidratare în jur de 2000 ml/zi.	– lipsa poftei de mâncare; – greutate la stomac atunci când mănâncă; – dificultate în a dormi de două zile; – spune că nu simte gustul alimentelor pentru că este prea nervos și se gândește cum va fi la întoarcerea lui acasă.

Din coloana stângă se poate vedea că această persoană evoluează bine, în general. Dar starea sa actuală arată (coloana dreaptă) un oarecare dezechilibru, datorită unei neliniști legată de reîntoarcerea acasă. Această persoană are nevoie de suportul asistentei și de informații privind convalescența acasă. Această neliniște și lipsa de informații pot constitui o problemă de dependență.

Exercițiu:

M.P. este un pacient de 76 de ani spitalizat de mai multe săptămâni, urmare a unui accident vascular cerebral (AVC) cu imobilizare aproape completă a părții drepte. El prezintă de asemenea dificultate în articularea cuvintelor. Respirația sa este superficială: ritm 24/min. Apetitul său este bun, dar are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și susținerea mâinii drepte (este dreptaci). Se hidratează bine, poate să țină un pahar, poate să ceară bazinetul, dar nu poate să-și mențină scaunul prea mult (incontinență de fecale și pierderi de urină, scaune moi). Roșeață la nivelul sacrului (20 cm diametru). De câteva zile poate să se întoarcă în pat ajutându-se de marginea patului. Se ridică în fotoliu 1 oră zilnic, se simte în general anxios, în

momentul ridicării fiindu-i frică să nu cadă. Cu toate aceste limite, comunică bine, îi place să-l atingi, să-l mângâi. Se plictisește, n-are decât un televizor. Se simte foarte singur. Faceți partaj între datele care-i favorizează satisfacerea nevoilor și între cele care nu-i favorizează, deci partaj între manifestările de independență și manifestările de dependență. Pentru a ușura exercițiul vă enumerăm manifestările de dependență.

Manifestările de independență	Manifestări de dependență
	– respirație superficială ritm 24/min – partea dreaptă imobilizată – are nevoie de ajutor pentru a-și tăia alimentele și pentru susținerea mâinii sale – nu poate să-și rețină scaunul mult timp – incontinență de fecale și urină – roșeață la nivelul sacrului – anxios în momentul când se ridică: îi este frică să nu cadă – dificultate în a articula cuvintele, se plictisește, se simte singur.

Atenție! Aceste manifestări de dependență le vom folosi pentru diagnosticul de îngrijire (de nursing) în pag. 59.

Diagnosticul de îngrijire (de nursing)

Pornind de la informațiile culese și de la departajarea manifestărilor de dependență, asistenta poate să definească problemele pacientului și să pună un diagnostic de îngrijire.

Formularea sintetică a informațiilor într-un diagnostic de îngrijire ușurează munca asistentei, pentru că se clarifică sensul intervenției sale.

Definirea diagnosticelor de îngrijire nu este un element nou. Începutul l-a făcut Florence Nightingale în anii 1854-1855. Au urmat din ce în ce mai multe descrieri despre problemele de îngrijire și despre necesitatea unui cadru conceptual pentru profesia de asistentă.

În ultimele două decenii (pe plan mondial), îngrijirile acordate de asistente au evoluat considerabil în materie de responsabilitate.

Învățământul tinde să formeze nu numai asistente executante, ci – de preferință – asistente care să răspundă în mod autonom de problemele unui individ.

Pe scurt, când rolul asistentelor a început să evolueze, ele s-au reunit pentru a forma grupul de studiu pentru clasificarea diagnosticelor de îngrijire – S.U.A. 1973.

Grupul de studiu: Asociația Nurselor Americane A.N.A. – a fost format din asistente practiciene, asistente din învățământ, teoreticiene, conducătoare. Acest

grup elaborează o listă de diagnostice care au fost studiate și testate în practică. Apoi, acest grup se transformă în *„North American Nursing Diagnosis Associations“ = N.A.N.D.A. = Asociația Nord Americană de Diagnostic de Îngrijire (în franceză A.N.A.D.I. = Asociația Nord Americană de Diagnostic Infirmier).*

În cadrul acestui grup, care reunește periodic, se completează lista de diagnostice, se dezbat probleme de educație continuă, de folosire a unui vocabular (în formularea diagnosticului) mai uniform și mai comod. În Anexa 5 prezentă, lista de diagnostice acceptate de a VII-a Conferință a Grupului Național pentru Clasificarea Diagnosticului de Nursing (NANDA).

Diferite definiții ale diagnosticului de îngrijire	**Reproducem diferite definiții ale diagnosticului de îngrijire:** **1.** Diagnosticul de îngrijire este o formă simplă și precisă care *descrie răspunsul (reacția) persoanei (sau grupului)* la o problemă de sănătate. El constituie o judecată practică bazată pe colectarea și analiza datelor și servește de pivot la planificarea îngrijirilor. Diagnosticul de îngrijire relevă rolul autonom al asistentei. („Planification de soins infirmiers“, autori: Louis Grondin, Rita I. Lussier, Margot Phaneuf, Lise Riopelle). **2.** Diagnosticul de îngrijire este un enunț concis actual sau potențial, al manifestărilor de dependență al persoanei, regrupate sau nu și legate de o sursă de dificultate. („Repertoire des Diagnosties Infirmiers“, autori: Riopelle, Grondin, Phaneuf). **3.** Diagnosticul de îngrijire – o problemă de sănătate reală sau potențială pe care nursele, prin baza pregătirii și experienței lor sunt capabile (calificate) să acorde îngrijire. (Gordon – „Le Diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmiere“. Amiec Cahier nr. 12, pg. 41). **4.** Un diagnostic de îngrijire este enunțul care descrie răspunsul uman (stare de sănătate sau alterare actuală/potențială a unui mod de interacțiune) al unui individ sau al unui grup, pe care asistentele pot să le identifice legal și pentru care ele pot prescrie intervenții definitive în vederea menținerii sănătății sau reducerii, eliminării, prevenirii deteriorărilor (înrăutățirii). (L.J. Carpenito – „Le diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmiere“. Amiec Cahier nr. 12, pg. 42). **5.** În 1990 este adoptată oficial definiția diagnosticului de îngrijire (de nursing) de către Adunarea Generală (ANADI):

	„Enunțul unei judecăți clinice asupra reacțiilor la problemele de sănătate prezente sau potențiale, la evenimentele de viață ale unei persoane, ale unei familii sau ale unei colectivități". („Le Diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmiere". Amiec Cahier nr. 12, pg. 14).

Diagnosticele de îngrijire servesc ca bază pentru a alege intervențiile de îngrijire vizând atingerea rezultatelor pentru care asistenta este responsabilă.

Componentele diagnosticului de îngrijire (de nursing)

Diagnosticul de îngrijire este format din două sau trei părți principale:

1. Problema de dependență a persoanei
2. Cauza problemei de dependență
3. Semne și simptome

1. Prima parte a diagnosticului	Prima parte a diagnosticului constă în *enunțul problemei*, problemă care exprimă o dificultate trăită de persoană, un comportament sau o atitudine nefavorabilă sănătății sau satisfacerii nevoilor sale. Reamintim că: problema de dependență o putem defini ca o schimbare defavorabilă de ordin bio-psiho-social, cultural sau spiritual în satisfacerea unei nevoi fundamentale care se manifestă prin semne observabile. Precizare: Problemele de dependență se definesc în urma analizei și interpretării datelor (a manifestărilor de dependență). Termenii care arată o schimbare în starea de sănătate și frecvent folosiți în formularea problemei sunt: alterarea, deteriorarea, deficit, incapacitate, diminuare, dificultate, perturbare. După culegerea datelor, asistenta poate să tragă o concluzie, explicând clar situația și definind problemele. De exemplu: – *alterarea stării de conștiență...* – *atingerea integrității pielii...* – *alterarea integrității fizice...* – *alterarea mobilității fizice* – *alterarea eliminării intestinale: constipație*
2. A doua parte a diagnosticului	A doua parte a diagnosticului este constituită din enunțul *cauzei (etiologia)* problemei, adică a *sursei de dificultate*. Reamintim că sursa de dificultate poate fi definită ca o piedică (obstacol major) în satisfacerea uneia sau mai multor nevoi fundamentale.

Cauza poate fi legată de factorii de ordin fizic, psihologic, social şi spiritual sau o insuficientă cunoaştere – vezi pag. 43 – 44 şi Anexa 4.

Diagnosticul de îngrijire format din 3 părţi utilizează formula **P.E.S.**

1. **P**robleme de sănătate
2. **E**tiologia
3. **S**emne şi simptome

P	E	S
Probleme de dependenţă	**E**tiologia sau cauza	**S**emnele prin care se manifestă

Ex. **P** = alterarea eliminării intestinale: constipaţia
E = din cauza imobilităţii
S = manifestată prin scaune rare, dure, senzaţii de presiune la nivelul rectului, dureri abdominale.

Există trei tipuri de diagnostice de îngrijire:
– diagnostic actual – când manifestările de dependenţă sunt prezente, observabile;
– diagnostic potenţial – când o problemă poate surveni – dacă nu se previne;
– diagnostic posibil – este acela care descrie o problemă a cărei prezenţă nu este sigură. În loc să se rişte a descrie un diagnostic eronat, este preferabil să se prezinte ca ceva posibil, atrăgând în felul acesta atenţia personalului de îngrijire care urmează apoi să infirme sau să confirme diagnosticul.

Sinteza celor 3 tipuri de diagnostic de îngrijire

Actual	Problema este prezentă, semnele şi simptomele sunt validate şi cauza identificabilă. Ex. *„Alimentaţie inadecvată prin deficit din cauza stării depresive".*
Potenţial	Problema are mari şanse să survină. Sunt prezenţi factorii de risc. Ex. *„Atingerea potenţială a integrităţii pielii, din cauza imobilităţii".*
Posibil	Problema poate să fie prezentă (prezenţa problemei nu e certă), dar sunt indicii care lasă să se întrevadă. Colectarea de date va trebui să infirme sau să confirme. Ex. *„Perturbarea posibilă a stimei de sine din cauza unei dificultăţi în asumarea rolului de tată sau disfuncţii sexuale".*

Diagnosticul de îngrijire trebuind să se orienteze spre acţiunile autonome, este esenţial de a se identifica o cauză sau etiologia asupra căreia asistenta poate să acţioneze.

Orientarea diagnosticelor spre intervenții autonome și/sau intervenții de colaborare

Formularea diagnosticului de îngrijire se face deci pornind de la informațiile culese, analiza și interpretarea lor de către asistentă și exprimă problema persoanei, cauza acestei probleme și semnele prin care se manifestă și care reies din datele culese (după cum reiese din exemplele anterioare).

În acest sens redăm mai jos și alte exemple:

Exemple

Exemplul 1:

Date culese:	Diagnostic de îngrijire:
– amputație de gambă stângă; – refuză să-și privească bontul; – își ascunde bontul sub cuvertură; – exprimă sentimente negative față de această operație; – vorbește puțin.	Alterarea imaginii corporale din cauza amputației gambei, manifestată prin...

Exemplul 2

Date culese:	Diagnostic de îngrijire:
– stă toată ziua la televizor, nu-l interesează alte lucruri – se apropie puțin de alte persoane, spune că se simte singur și se plictisește, primește puțini vizitatori.	– sedentarism din cauza lipsei de motivație de a face alte activități sau exerciții – sentiment de inutilitate din cauza lipsei de activitate sau – sentiment de singurătate din cauza izolării sociale

Exemplul 3

După culegerea datelor și separarea manifestărilor de dependență ale pacientului M.P., prezentat în pag. 55 putem formula următoarele diagnostice:

Diagnostice

1. Problemă respiratorie potențială din cauza imobilității manifestată prin...
2. Dificultate în a se alimenta din cauza imobilității părții drepte manifestată prin...
3. Modificarea eliminării intestinale și urinare (incontinență) din cauza pierderii controlului sfincterian manifestată prin...
4. Lezarea integrității pielii din cauza presiunii asupra sacrului, manifestată prin...
5. Anxietate – legată de limitele sale (frica de a cădea)
6. Alterarea comunicării din cauza AVC, manifestată prin dificultate în articularea cuvintelor

Diagnosticele astfel formulate orientează munca asistentei spre intervenții cu obiectivul bine precizat.

Problema conexă (de colaborare)

Trebuie să ţinem cont în acelaşi timp de funcţiile de colaborare ale asistentei cu medicul. Trebuie precizat că nu toate problemele identificate de asistentă pot să constituie diagnosticul de îngrijire cu rol propriu (independent). Astfel, după L.J. Carpenito toate problemele identificate de către asistentă se pot defini în două tipuri de probleme utilizând doi termeni şi anume:

– diagnosticul de îngrijire (probleme cu rol propriu de îngrijire) şi
– probleme conexe (cu rol de colaborare sau cu rol interdependent de îngrijire).

Problemele conexe pe care le identifică asistenta sunt probleme reale sau potenţiale de sănătate (complicaţii) care rezultă sau pot rezulta din situaţii patologice sau iatrogene.

Problema conexă	Problema conexă este definită astfel: – problemă reală sau potenţială de sănătate (complicaţie) corespunzând unui răspuns fiziopatologic al organismului (unui traumatism, unei boli) pe care asistentele au întreaga responsabilitate să le recunoască, să le semnaleze şi să le trateze în colaborare cu medicul. Se impune deci ca asistentele să identifice şi problemele de îngrijire care ţin cont de funcţiile de colaborare (diagnostic de îngrijire colaborativ). Aşa, de exemplu, în cazul unui „diabetic" (când pot apărea: hipotensiune, stare de leşin, tremurături, roşeaţă a feţei, iritabilitate sau somnolenţă, vomă) sau în cazul „iminenţei de infarct miocardic" (cu dureri retrosternale, aritmii, tahicardie etc.), cazuri în care intervenţiile asistentei sunt de colaborare, dar permit în acelaşi timp şi intervenţii autonome, vizând *confortul bolnavului, diminuarea anxietăţii etc.* ***Exemple de diagnostic de îngrijire colaborativ (reunind problema şi cauza):*** – Intoleranţă (imposibilitatea, nu suportă) la activităţi fizice din cauza condiţiei sale cardiace. – Modificarea stării de confort din cauza durerii retrosternale. – Anxietatea legată de frica de moarte.

Precizare

În formularea diagnosticului de îngrijire, cauzele (sursele de dificultate), care constituie a doua componentă a diagnosticului, se leagă de prima componentă – de problemă – prin următoarele cuvinte: ***legat de, din cauză*** *– aşa cum aţi văzut în exemplele de mai sus.*

În cazul imposibilităţii de a cunoaşte clar sursa de dificultate asistenta va descrie doar problema pacientului (sau specifică: sursa posibilă!!).

Se poate întâmpla ca uneori problema de dependenţă să fie privită ca o sursă de dificultate sau invers.

Exemplu: „durerea" poate fi o problemă de dependenţă, dar şi sursă de dificultate (ex. în mişcare). Tot aşa şi frica, stresul, doliul etc. care pot fi, de asemenea, tratate ca şi probleme de dependenţă şi ca surse de dificultate.

Exerciții

Cazul nr. 1

M.S. 63 ani, este văduv de o lună; în prezent refuză să se alimenteze, plânge frecvent, se izolează. Fiica sa declară că el se trezește foarte devreme și umblă fără rost, în lungul și latul camerei. Fața sa este tristă și împietrită. Fiind de puțin timp pensionar, el este lipsit de ocupație. Diagnosticele de îngrijire pot fi formulate reunind problema și cauza sa.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ	*SURSA DE DIFICULTATE*
Stare depresivă Sentiment de izolare	Doliul neacceptat încă Pensionar, fără ocupație

SEMNE

manifestate prin... (vezi textul).

Cazul nr. 2

M.I. pacientă de 40 ani, se plânge că nu are scaun decât la 5 sau 6 zile. Fecalele sunt de consistență dură și dificil de eliminat. Este o femeie puțin activă, căreia îi place să mănânce bine. Meniul său se compune întotdeauna din carne, cartofi, paste făinoase și produse de patiserie.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ	*SURSA DE DIFICULTATE*
Constipație	Dietă săracă în fibre Lipsă de mișcare Lipsă de cunoștințe

SEMNE

manifestate prin...

Cazul nr. 3

I.D. 38 ani, operat de puțin timp, este purtătorul unei colostomii (anus artificial). El este adesea trist și pierdut în gânduri. Refuză ca soția sa să asiste la îngrijirile sale speciale și nu se întoarce spre ea imediat după ce și-a efectuat îngrijirile.

PROBLEMA DE DEPENDENȚĂ	*SURSA DE DIFICULTATE*
Problema de cuplu Sentiment de rușine față de... Perturbarea imaginii de sine	Modificarea schemei corporale Noua imagine corporală Din cauza schemei corporale

SEMNE

manifestate prin...

Atenție:

1. Trebuie să știm să facem diferența între manifestările de dependență și problemele de dependență – vezi pag. 39 și 40

2. Nu este obligatoriu să utilizăm toate (sau numai) diagnosticele din lista NANDA sau alte clasificări adoptate.

Putem să formulăm propriul nostru diagnostic de îngrijire – mai bine zis putem să formulăm problema identificată de noi la o persoană prin propriii noștri termeni.

Importantă este identificarea corectă a problemei pe care o prezintă persoana și formularea care să ne conducă (orienteze) spre intervențiile ce le putem face (spre aplicarea practică a îngrijirilor).

Exerciții de testare a cunoștințelor

Alegeți o singură **problemă** – pe care o considerați cea mai potrivită pentru formularea diagnosticului – având următoarele date:

1. Date culese – lipsa familiei sau a prietenilor – comunică puțin, este retras – se simte singur și înlăturat – arată ostilitate	*Probleme* 1) Alterarea comunicării verbale 2) Izolarea socială 3) Anxietate 4) Alterarea procesului de gândire R = 2
2. Date culese Pacientul se exprimă în felul următor: – „eu nu mai valorez nimic acum" – „eu nu voi mai ajunge să..." – „altădată eu puteam să fac față situațiilor celor mai dificile pe când acum..."	*Probleme* 1) Modificarea imaginii corporale 2) Perturbarea interrelațiilor sociale 3) Perturbarea cronică a stimei de sine 4) Perturbarea situațională, a stimei de sine R = 4

Prezentare de cazuri

Doamna T. 68 ani a fost altădată pianistă concertistă, locuiește cu fiica sa și ginerele său.

Ea a trebuit să se pensioneze devreme din cauza unei artrite reumatoide severe. Îi place să asculte muzică și să citească însă, în prezent, nu poate să asiste la concertul orchestrei simfonice cu toate că are abonament pentru sezon. Este obligată să stea acasă când are durerile articulare și resimte oboseala când își sporește activitățile. Mișcările mâinii sunt limitate mai ales în flexie. Degetele sunt deformate și edemațiate; merge încet și cu rigiditate. Fiica sa spune că trebuie să-și ajute mama pentru cea mai mare parte a activităților sale.

Alegeți cea mai bună formulare de diagnostic (problemă + etiologie) pentru sintetizarea datelor culese de la dna T.:

1) Deficit de îngrijire personală din cauza intoleranței la activități fizice;
2) Intoleranță la activități fizice legată de diminuarea tonusului muscular;
3) Diminuarea mobilității fizice din cauza durerilor articulare, limitelor funcționale;
4) Perturbarea de rol legată de pensionarea forțată, de incapacitatea de a-și asuma rolul (pianistă);
5) Diminuarea mobilității fizice din cauza artritei.

R = 3

Doamna M. 83 ani, are o fractură de șold de acum 5 ani și, în prezent, se mișcă puțin în timpul zilei. Prezintă uneori incontinență urinară și se plânge de mici pierderi de urină. Se plânge că nu poate să readoarmă după ce a fost la toaletă noaptea.

Este somnolentă dimineața și spune frecvent că este foarte obosită pentru a se scula la micul dejun. În cursul zilei este iritabilă și se plânge că asistenta n-o lasă să-și facă siesta.

Cum poate fi formulat diagnosticul de îngrijire? (problema + etiologia)

R = Perturbarea obișnuințelor de somn din cauza necesității de a se scula pentru a urina și a diminuării mobilității.

Criterii care permit stabilirea unor priorități între problemele de dependență

Pentru a stabili o ordine a priorităților între diagnosticele de îngrijire, trebuie avută în vedere mai întâi în ce măsură nevoia nesatisfăcută amenință (vatămă) homeostazia pacientului sau securitatea sa și gradul de dependență.

Asistenta trebuie să se ocupe mai întâi:

1. de o nevoie a cărei nesatisfacere pune în pericol starea de homeostazie a pacientului;
2. de o nevoie a cărei nesatisfacere antrenează o foarte mare cheltuială de energie;
3. de o insatisfacție care poate să compromită serios securitatea pacientului;
4. de o nevoie a cărei nesatisfacere determină un grad important de dependență;
5. de o nesatisfacere la nivelul unei nevoi care repercutează asupra mai multor nevoi;
6. de o nevoie a cărei nesatisfacere vatămă (deranjează) confortul pacientului;
7. de o nevoie a cărei nesatisfacere se repercutează asupra demnității pacientului (lipsa de respect, comunicare sau informație insuficientă);
8. de o nevoie care este importantă în ochii pacientului (exemplu: pacient paralizat, afazic, să comunice cu copiii).

Exercițiul nr. 1

Puneți cifrele 1, 2 sau 3 în paranteză – după prioritatea apreciată de dumneavoastră:

Operată în ajun pentru vezica biliară

a) ( ) modificarea respirației din cauza durerii
b) ( ) durere toracică dreaptă – datorită intervenției
c) ( ) risc potențial de hemoragie din cauza unor probleme sanguine

Exercițiul nr. 2

Doamna X este urmărită la domiciliu. Ea a avut o intervenție asupra colonului și este purtătoarea unei colostomii; iată diagnosticele elaborate:

a) ( ) insuficientă cunoaștere în legătură cu îngrijirea colostomiei

b) ( ) o lejeră alterare a funcției digestive – posibilă anxietate

c) ( ) modificarea schemei corporale – rău (greu acceptabilă)

Stabiliți prioritățile.

Exercițiul nr. 3

Doamnei I.I. îi place să cânte la pian. Ea suferă de artrită și are probleme – vezi diagnostic.

a) ( ) constipație din cauza alimentației sărace în fibre

b) ( ) depresie ușoară, probabil cauzată de o pensionare anticipată

c) ( ) alterarea mobilității degetelor din cauza artritei

Stabiliți prioritățile.

Sinteza diferențelor între diagnosticul de îngrijire și diagnosticul medical

Diagnosticul de îngrijire	Diagnostic medical
1. Ține cont de starea pacientului care trăiește o problemă de dependență și de reacția sa față de această stare.	1. Ține cont de problema de sănătate în sine, descrie procesul, exemplu: artrită reumatoidă, AVC
2. Identifică un răspuns uman specific la un procent de boală particular, condiție sau situație.	2. Identifică un proces anume de boală în legătură cu patologia unor organe și sisteme specifice.
3. Se schimbă în funcție de modificările răspunsurilor pacientului.	3. De obicei rămâne constant în decursul bolii (deși mai poate fi adăugat și un alt diagnostic).
4. Nu există o terminologie anume desemnată și acceptată de comunitatea profesională de nursing pentru a descrie reacția umană.	4. O terminologie anumită a fost desemnată și acceptată de comunitatea profesională medicală pentru a descrie procesele specifice de boală.
5. Ține cont de sursele de dificultate (sau de factorii care contribuie) care cauzează problema de sănătate. Ex. Aport caloric (excedent, întrecând nevoile organismului, legat de inactivitate sau lipsa de cunoștințe.	5. Formularea sa nu implică, în general, factorii etiologici. Ex. obezitatea.
6. Servește ca ghid în determinarea tipurilor de intervenții nursing care vor asigura ca îngrijirea acordată, furnizată de orice nursă, să promoveze reacții sănătoase și un trai de calitate.	6. Servește ca ghid în determinarea cursului obișnuit al tratamentului medical pentru promovarea însănătoșirii.
7. Orientează asistenta spre intervenții autonome.	7. Orientează practicianul spre tratament medical.

3. PLANIFICAREA ÎNGRIJIRILOR*
a treia etapă a procesului de îngrijire

După formularea diagnosticului de îngrijire, asistenta elaborează un plan de acțiune, care să influențeze pozitiv starea fizică și mentală a persoanei și să reducă problemele de dependență.

Definiție: Planificarea îngrijirilor *înseamnă stabilirea unui plan de intervenție, prevederea etapelor, a mijloacelor de desfășurare ca și a precauțiilor care trebuie luate.*

De reținut: Planul de intervenție ține cont și de prescripțiile medicale. Planul de intervenție cuprinde două componente:

a. obiectivele de îngrijire

b. intervențiile

Planul de intervenție permite asistentei să judece urgențele și importanța problemelor de dependență, putând astfel să decidă prioritățile pe care trebuie să le respecte în cursul unei zile de muncă.

Acest plan se întocmește ținând cont de toate sursele de informație și de participarea tuturor colaboratorilor din echipa de îngrijire, în vederea clarificării problemelor pe care le are persoana (pacientul) și pentru o orientare comună a acțiunilor ce urmează a fi întreprinse.

Un astfel de plan, care ușurează urmărirea îngrijirilor ce trebuie acordate de către toți membrii de echipă, din toate turele de lucru, constituie *un instrument de comunicare, de unificare și de continuitate a îngrijirilor.*

Important: Deoarece planul de îngrijire este stabilit pornind de la nevoile și capacitățile pacientului, acesta are dreptul să participe la deciziile privind intervențiile, are dreptul să-și spună opinia asupra îngrijirilor pe care le dorește. Obiectivul principal al îngrijirilor pe care le dorește. Obiectivul principal al îngrijirilor este de a aduce persoana la un grad optim de independență în satisfacerea nevoilor proprii.

Este deci esențial – în măsura în care este posibil să se colaboreze cu persoana îngrijită în pregătirea planului de intervenții și în elaborarea priorităților.

Asistenta trebuie să informeze persoana despre acțiunile pe care le întreprinde și să-i solicite acordul.

De exemplu: Asistenta poate să-i spună unui pacient slăbit care stă de mult timp în pat: „Planul de îngrijire pe care l-am făcut pentru dv. impune să vă ridicați din pat. Astăzi vă voi așeza în fotoliu, în trei reprize. Pentru a evita problemele respiratorii și ca să nu vă încerce o stare de slăbiciune, ar fi bine ca dv. să nu rămâneți în fotoliu mai mult de 30 de minute. Sunteți de acord să încercăm?" Sau unui pacient cu incontinență în urma îndepărtării unei sonde, care poate fi reeducat, i se poate spune: „Mi-ar place să vă ajut în rezolvarea problemei dv., vezicale. Dacă vreți eu vă duc la toaletă la fiecare două ore în cursul zilei, ca să puteți dv., puțin câte puțin, să reluați mai bine controlul vezical. Dv. ce credeți în acest sens?" Unui pacient afazic, în recuperare, i se poate spune: „Eu cred că dv. v-ar plăcea să încercați să

*) *„Planificarea îngrijirilor" se mai numește și „Plan de intervenții"*

vă exprimaţi, nu-i aşa? Dacă mă ajutaţi, putem începe să lucrăm împreună la pronunţia a două consoane. În timp ce vă fac toaleta (baia parţială) şi de fiecare dată când voi veni să vă văd vom căuta cuvinte care încep – cu „p" şi „f" şi dv. veţi încerca să le pronunţaţi cu mine. Găsiţi că aceasta este o idee bună?"

În unele cazuri, planurile de intervenţie se pot face în întregime cu colaborarea pacientului, dar nu întotdeauna este posibil acest lucru. Uneori nu este de dorit să se comunice pacientului toate obiectivele propuse. Aceasta în cazul în care există riscul de a-i produce acestuia nelinişte sau reacţii negative.

Notă: *Planificarea presupune stabilirea priorităţilor de îngrijire după care se stabilesc obiectivele. Ierarhizarea nevoilor după Maslow furnizează, de exemplu, o metodă de a stabili priorităţile:*

Prioritatea 1: nevoi fiziologice (respiraţie, circulaţie, nutriţie, hidratare, eliminare, temperatură, confort fizic)

Prioritatea 2: nevoi de securitate (pericole din mediul înconjurător, frica)

Prioritatea 3-4-5: nevoia de a simţi dragostea, de a nu fi izolat (pierderea unei fiinţe dragi, stima de sine, realizarea etc.)

Precizare: *Problemele care trebuie trecute în planul de îngrijire se aleg cu discernământ deoarece teoretic fiecare pacient ar putea avea 50-60 de diagnostice de îngrijire şi atunci folosirea planului ar fi aproape imposibilă.*

a. Obiectivele de îngrijire – prima componentă a planificării îngrijirilor

Un obiectiv de îngrijire poate fi definit astfel: • *descrierea unui comportament pe care-l aşteptăm de la pacient* • *un rezultat pe care dorim să-l obţinem* în urma intervenţiilor. Acest rezultat defineşte comportamentul scontat al pacientului, un comportament care se doreşte să se vadă în manifestările pacientului (reacţii specifice prevăzute). (anexa 6). Pacientul şi familia trebuie incluşi în acest proces de formulare a obiectivului.

Obiectivul de îngrijire – vizează deci atitudinea, comportamentul sau acţiunea pacientului însuşi (sau a familiei, a grupului şi colectivităţii).

Iată un exemplu de obiectiv care ar fi acceptabil în cazul unui pacient parţial paralizat:

Ca pacientul să se îmbrace fără ajutor în decurs de... (săptămâni)

sau

Ca pacientul să-şi menţină tot timpul gamba (piciorul) şi braţul drept (dacă ele sunt afectate), într-o bună poziţie anatomică, se precizează şi obiectivul de îngrijire: „asistenta va verifica la fiecare 3 ore".

Caracteristicile unui obiectiv de îngrijire

Obiectivul de îngrijire trebuie astfel formulat încât să reiasă clar şi precis care sunt rezultatele pe care pacientul (familia, grupul, colectivul) şi asistenta speră să le

obţină, precum şi care sunt acţiunile, intervenţiile pe care asistenta şi pacientul (familia, grupul, colectivul) le pot întreprinde pentru a atinge scopul fixat.

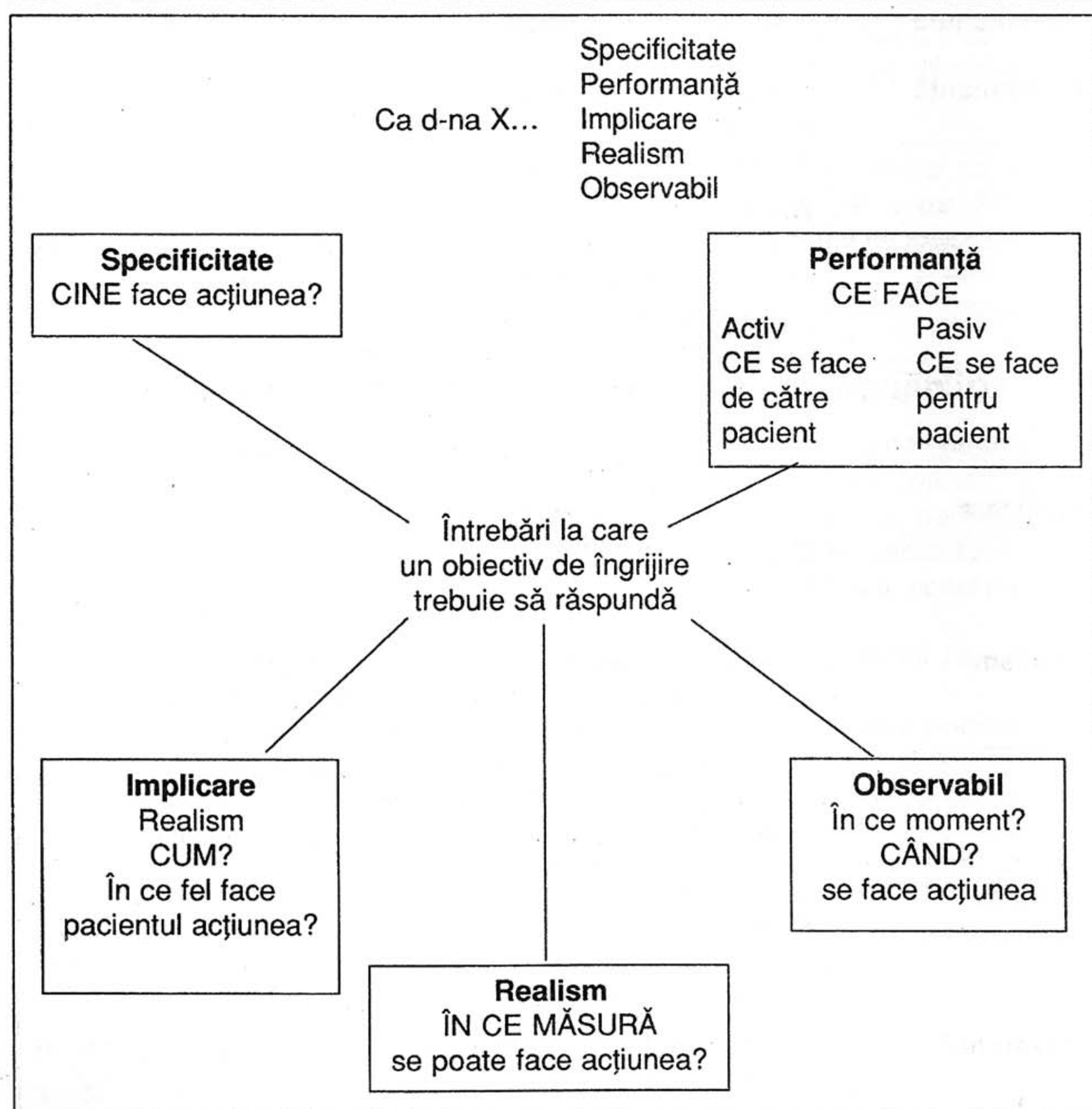
Pentru aceasta, asistenta trebuie să formuleze obiectivele pornind de la sistemul **S.P.I.R.O.** = mijloc mnemotehnic pentru elaborarea obiectivelor de îngrijire.

S = specificitate
P = performanţă (atitudine, comportament aşteptat)
I = implicare
R = realism
O = observabil

Deci obiectivul trebuie să aibă următoarele (componente) caracteristici:

Specificitate	– să aparţină unui singur subiect (familie, grup etc.) ex. *„Ca d-na X...".*
Performanţă	– acţiuni, atitudini, comportamente aşteptate de la persoană, pornind de la un verb activ (vezi anexa 6) ex. *„Ca d-na X să înţeleagă şi să efectueze..."* ***Notă:*** *În situaţii grave de dependenţă marcată, implicarea asistentei în vederea satisfacerii nevoilor este aproape totală – având în vedere că pacientul nu poate totdeauna să se implice. În acest caz obiectivul va avea un caracter mai pasiv, dar el are întotdeauna ca subiect pacientul. Exprimarea în aceste cazuri se va face cu verbe la diateza pasivă. Ex. „D-na X va fi supravegheată la fiecare oră privind..."*
Implicare	– nivelul de angajare a persoanei (trebuie să acţioneze singur sau cu ajutor). Ex. „Ca d-na X să înţeleagă şi să efectueze ea însăşi..." sau „Ca d-na X să meargă *cu ajutorul* (asistentei, cârjei)"
Realism	– obiectivul trebuie să ţină cont totdeauna de capacităţile fizice, intelectuale, afective ale persoanei, pentru a fi aplicabil, el trebuie să fie realist şi aceasta atât din punct de vedere al capacităţii persoanei cât şi din punct de vedere al abilităţii şi disponibilităţii asistentei pentru a-l ajuta să atingă obiectivul. Ex. „Ca d-na X să efectueze ea însăşi îngrijirile stomiei *respectând principiile învăţate".* ***Notă:*** *se subînţelege că asistenta este capabilă să înveţe persoana, principiile de îngrijire a unei stomii.*
Observabil	– comportamentele, acţiunile şi atitudinile să poată fi „obiectiv" observabile, măsurabile, evaluabile cu precizie.

	Ex. „Ca d-na X să procedeze ea însăşi la aplicarea dispozitivului de stomie *de fiecare dată".* sau *„Ca d-na X să meargă cu ajutorul cârjelor de 3 ori pe zi – câte 5 minute".*
Obiectivele astfel formulate trebuie să răspundă la următoarele 5 întrebări: 1. „cine" face acţiunea? 2. „ce" face pacientul? ce se poate face pentru pacient? 3. „cum" se face acţiunea? 4. „când"? 5. „în ce măsură".	



Notă: Se întâmplă uneori ca obiectivul să nu poată fi formulat respectând orbește regulile redactate, dar este important ca descrierea obiectivului să fie clară și precisă orientând intervenția. Obiectivul este uneori formulat și în termeni de intervenții executate de asistentă:

Exemplu: – Asigurarea confortului (pat comod etc.)
– Prevenirea complicațiilor infecțioase (mobilizarea pacientului etc.)
– Ameliorarea microclimatului...

Precizăm că este preferabil ca obiectivele să fie formulate în termeni de comportament așteptat de la pacient, mai curând decât în termeni de intervenții executate de asistentă (sau altă persoană).

De asemenea, să aibă o formulare în termeni care să stabilească obiectivul ce poate fi realizat. (Mai ales studenții au tendința să exprime obiectivele ca posibil de realizat 100%).

Obiectivele pot fi:

1 – pe termen scurt (O.T.S.) ore, zile
2 – pe termen mediu (O.T.M.) o săptămână
3 – pe termen lung (O.T.L.) săptămâni, luni

Exemple:

O.T.S. – D-na X va fi așezată în fotoliu în fiecare zi, timp de o oră, de 3 ori pe zi – acesta este un obiectiv de intervenție a asistentei)
O.T.M. – Ca într-o săptămână d-na X să meargă fără ajutor până la baie
O.T.L. – Ca d-na X să-și mărească progresiv mobilitatea degetelor ca să fie capabilă să tricoteze în termen de o lună.

Pentru fiecare problemă pot fi formulate unul sau mai multe obiective.

Pentru a atinge un obiectiv îndepărtat se fixează mai multe obiective scurte sau pe termen mediu.

Exemplu: D-na X va trebui să facă în fiecare zi, în trei reprize, exerciții de flexie a degetelor și pumnului (termen scurt). Într-o săptămână ea să fie capabilă să preseze o minge rând pe rând, în fiecare mână (termen mediu).

Aceste obiective cumulate vor duce puțin câte puțin la obiectivul pe termen lung = peste o lună să tricoteze.

În cazul unui pacient internat în spital O.T.L. – global – este considerat ca obiectiv de atins până la externarea pacientului și trebuie scos în evidență în planul de îngrijire, pentru ca toată echipa de îngrijire să știe spre ce rezultat tind *eforturile comune.*

Exemplu: Îngrijim două femei în jur de 70 de ani. Una activă și una care nu-și părăsește patul (zace la pat). Ambele operate de fractură de col femural.

Obiectivul, *în primul caz* va fi ca la întoarcerea la domiciliu, la soțul ei, să fie capabilă să meargă cu ajutorul unui baston, să fie capabilă să efectueze sarcini zilnice obișnuite.

Obiectivul, în *al doilea caz,* va fi ca pacientul să se înapoieze la casa de bătrâni cu fractura vindecată şi fără complicaţii.

Un alt tip de obiective pe care asistenta trebuie uneori să le elaboreze sunt *obiectivele permanente.*

Exemplu: D-na X se va ridica întotdeauna cu ajutor.

De reţinut:

Este util în anumite cazuri să se menţioneze în formularea obiectivului momentul în care se va face evaluarea sa. De ex. „a se evalua la fiecare oră" sau „a se evalua la trei zile" etc.

Exerciţiu de elaborare a obiectivelor

Pornind de la următoarele diagnostice de îngrijire, elaboraţi obiectivele necesare:

1. Deshidratare uşoară, legat de o hidratare insuficientă;
2. Diminuarea amplitudinii respiratorii, din cauza imobilizării îndelungate (vârsta 74 ani);
3. Predispoziţie la escare de decubit, din cauză că pacientul este imobilizat de mai multe zile şi se mişcă foarte puţin în pat.

Sugerăm următoarele răspunsuri:

R1 = Ca pacientul să bea 2000 ml lichide pe 24 ore (la intervenţii se va preciza cum se va face repartizarea cantităţii de lichide).

R2 = Ca pacientul să-şi amelioreze amplitudinea respiraţiei: să facă exerciţii respiratorii timp de cinci minute de 2 ori pe zi.

R3 = Ca pacientul să se întoarcă şi să-şi schimbe poziţia în pat ajutându-se de marginea patului sau auxiliar, la fiecare 2 ore.

b. Intervenţia – a doua componentă a planificării îngrijirilor

Alegerea intervenţiei permite asistentei să determine modul de a acţiona pentru a corecta problema de dependenţă a pacientului.

Acţiunile asistentei (ex. de suplinire sau de completare a ceea ce pacientul nu face singur) au ca scop conservarea sau atingerea unui grad optim de independenţă a pacientului.

Asistenta care întocmeşte planul de îngrijire trebuie să se gândească la intervenţii care răspund cu adevărat nevoilor specifice ale pacientului.

Intervenţiile trebuie să fie deci: novatoare, personalizate, observabile, măsurabile (evaluabile).

Pentru ca intervenţiile să fie evaluabile trebuie:

– să se indice la ce oră (2, 6 sau 10 h), în care moment al zilei (dimineaţa, după baie etc.);

– la ce interval (de trei ori pe zi, de patru ori pe zi etc.);
– sau ce continuitate, pe ce durată trebuie să se desfăşoare acţiunea asistentei sau să se supravegheze continuu semnele (de ex. dispneea).

4. EXECUTAREA (APLICAREA) ÎNGRIJIRILOR – a patra etapă a procesului de îngrijire

Aplicarea îngrijirilor constituie momentul realizării conştiente şi voluntare a intervenţiilor planificate pentru a obţine rezultatul aşteptat. Aplicarea în practică a acţiunilor are ca scop să ajute pacientul să-şi menţină sau să-şi recapete independenţa sau un oarecare nivel de independenţă. În aplicarea în practică a intervenţiilor sunt antrenaţi: pacientul, asistenta, echipa de îngrijire, familia (aparţinătorii). Implicarea acestora are ca scop de a reduce sau a elimina cauza problemei.

Pacientul: execută acţiunile planificate pentru el, în funcţie de resursele proprii (ex. exerciţii, răspunde la diverşi stimuli...)

Asistenta: supervizează aceste acţiuni, încurajează, informează, îşi manifestă empatia, ajută şi efectuează toate îngrijirile necesare pacientului.

Echipa de îngrijire: asigură completarea şi eficacitatea activităţii profesionale.

Familia: în anumite circumstanţe sunt alături în acţiuni de îngrijire.

Observaţie: Cele două etape ale demersului de îngrijire: planificarea îngrijirilor (a III-a etapă) şi executarea îngrijirilor (a IV-a etapă) sunt strâns legate, astfel:
– În rubrica planificare decidem intervenţiile care trebuie să se execute în etapa următoare: „ridicarea pacientului de 3 ori în cursul zilei", în rubrica executarea intervenţiilor: „ridic pacientul de trei ori în cursul zilei". Această relaţie strânsă poate să fie sursă de confuzie între cele două etape pentru studenţii de la şcoala postliceală sanitară – care ar trebui atunci când concep planul de îngrijire să repete aceleaşi elemente şi în etapa a III-a şi în etapa a IV-a.

Pentru a se evita această confuzie – este posibil ca intervenţia (atât în ce priveşte planificarea cât şi aplicarea) să fie consemnată o singură dată în planul de îngrijire într-o rubrică de „intervenţii".

Trebuie să precizăm că realizarea intervenţiei reiese din evaluarea stării pacientului înainte, în timpul şi după intervenţie. Este însă foarte important ca intervenţia să fie formulată clar şi precis, în consecinţă va trebui indicat:
– cui se adresează acţiunea (persoană, familie etc.)
– orarul (înainte de masă, la două ore, de 3 ori pe zi, la culcare sau data)
– natura acţiunii cu un verb activ, observabilă, măsurabilă
– semnătura asistentei care planifică, execută îngrijirile.

Exemplu: „Se determină pacientul să practice exerciţii respiratorii (10 respiraţii abdominale profunde) 5 minute la 2 ore"
Semnătura: Maria Pop

Exercițiu – pentru integrare în procesul de îngrijire *(fără evaluare)*

Domnul V.R. în vârstă de 68 de ani este spitalizat de puțin timp pentru probleme cardiace – care acum sunt în ordine. Câteva elemente reies din culegerea de date. El se alimentează destul de bine, se hidratează foarte puțin (o băutură la masa de prânz). Cu toate că i s-a recomandat să umble, el are dificultate în a se deplasa din cauza unei fracturi a gambei drepte, unde mai simte puțină durere. Are nevoie de ajutor pentru a umbla. Se jenează să-i ceară ajutor asistentei. Nu sună decât foarte rar. Defecare regulată, la două zile, însă scaune dure, micțiuni puțin mai frecvente. El spune că se reține adesea de a urina. Incontinență ușoară ocazională. Se plânge uneori de durere în partea inferioară a abdomenului.

Notă: *Se acordă prioritate nevoii de a se mișca pentru că aceasta îi produce cea mai pronunțată dependență cu repercusiuni asupra altor nevoi. Pentru a ușura demersul, problema cardiacă se lasă deoparte.*

Plan de îngrijire (ghid) ***(fără evaluare)***

Nevoia	Date care demonstrează dependența	Diagnostic de îngrijire	Obiective	Intervenții
A se mișca	– Dificultate în a se deplasa; – Durere la nivelul gambei; – Are nevoie de ajutor pentru a umbla	Alterarea mobilității din cauza sechelei unei fracturi manifestate prin... (vezi nota de la sfârșitul planului)	Ca într-o săptămână el să fie capabil să se deplaseze pentru a merge la toaletă	Se fac exerciții pasive și active ale membrelor inferioare de două ori pe zi. Se determină pacientul să meargă cu ajutor de trei ori pe zi, cinci minute la început și apoi crescând un minut în fiecare zi
A comunica	– Îi este jenă să ceară ajutor; – Nu sună decât foarte rar	Dificultate în a comunica legată de jenă	Ca el să-și exprime nevoile cu mai multă îndrăzneală (a se evalua la trei zile)	Se răspunde cu rapiditate când sună; îi subliniez disponibilitatea asistentei pentru a-l ajuta
A elimina	– Micțiuni puțin mai frecvente;	Modificarea schemei uri-	Ca el să-și restabilească o	Se explică pacientului nece-

	– Incontinență ocazională; – Dureri (uneori) în partea inferioară a abdomenului	nare (ușoară incontinență) din cauza dificultății în a se adapta pentru mobilizare	schemă urinară normală orar de eliminare într-o săptămână	sitatea de a urina atunci când simte această senzație pentru a evita incontinența. Se va conduce la toaletă la două ore. Se lasă urinarul la îndemână pe timpul nopții.
A se hidrata	– Se hidratează puțin; nu bea lichide între mese	Insuficientă hidratare legat de frica de a fi obligat să meargă la toaletă	Ca el să bea 1500 ml de lichid pe 24 ore (a se evalua zilnic)	Se lasă porția de apă la îndemână. Se explică necesitatea de a bea cel puțin un pahar de apă între mese. Se oferă pacientului un pahar de suc la ora 10, la ora 14 și la ora 20.

Notă: *La formularea diagnosticului – din acest plan – semnele (a 3-a componentă a diagnosticului) reies din datele care demonstrează dependența, considerăm că nu mai este necesar să le scriem aici.*

Precizare: Fiecare plan de îngrijire va fi completat cu:

– Intervenții constante:

Ex. Așezarea obiectelor la îndemână pentru cei cu defect vizual...

– Elemente de supravegheat:

- comportament
- reacții la medicamente
- funcții vitale etc.

– intervenții cu rol delegat care reies din prescripțiile medicului.

Sfaturi pentru efectuarea intervențiilor de îngrijire

– Nu efectuați niciodată acte de îngrijire fără a se cunoaște raționamentul, efectul așteptat;

– Înainte de orice acţiune reexaminaţi pacientul pentru a evalua starea problemelor şi verificaţi dacă intervenţiile prevăzute sunt întotdeauna potrivite (practicaţi o culegere specifică de date);
– Nu sunteţi roboţi. Fiţi atenţi la reacţiile pacientului şi modificaţi orice intervenţie ineficace;
– Implicaţi pacientul şi familia sa. Explicaţi-le întotdeauna raţiunea intervenţiilor d-voastră;
– Pregătiţi mediul înconjurător terapeutic şi fără pericole.

Executarea îngrijirilor şi relaţia asistent-pacient

În optica Virginiei Henderson, îngrijirile trebuie să fie de *suplinire* în satisfacerea nevoilor fundamentale.

De asemenea, îngrijirile trebuie să favorizeze drumul spre independenţă, spre câştigarea autonomiei pacientului. Pentru aceasta asistenta trebuie să fie capabilă de disponibilitate, de voinţa de a ajuta şi de o deschidere faţă de alţii care constituie un climat esenţial în desfăşurarea activităţii.

Această relaţie trebuie să urmărească stabilirea unei comunicaţii: funcţională, pedagogică şi terapeutică.

- funcţională – uşurarea schimburilor (dialogurilor) cotidiene
- pedagogică – învăţarea = transmiterea informaţiilor necesare prevenirii (primare, secundare şi terţiare), reabilitării atât fizic, cât şi psihic a pacientului
- terapeutică – stabilirea unei relaţii între asistentă şi pacient de:
  - acceptare reciprocă
  - atitudine de: respect, căldură
  - înţelegere empatică faţă de pacient.

În cursul îngrijirilor (igienă, tratament) asistenta se întreţine cu pacientul, îl ascultă, îl atinge (cu duioşie), răspunde la întrebările sale, împarte cu el povara bolii şi comunică acestuia înţelegerea sa empatică.

Acest contact cu pacientul este un pretext pentru a realiza relaţii de încredere, respect reciproc, ceea ce conferă îngrijirilor un caracter uman care este o condiţie a calităţii îngrijirilor. Adesea însă, din cauza sarcinilor pe care asistenta trebuie să le îndeplinească, se observă că nivelul relaţiilor între îngrijitor şi cel îngrijit nu este propice stabilirii unor asemenea relaţii deoarece preocuparea asistentei este mai degrabă centrată asupra sarcinilor de îndeplinit decât asupra persoanei însăşi. Este cazul pacienţilor cu stare gravă şi multe tratamente când asistenta este supraaglomerată.

Trebuie însă se ţină cont de faptul că, cu cât starea pacientului este mai critică, cu atât anxietatea şi durerea sunt mai mari şi el are nevoie, cu atât mai mult, de suport şi înţelegere din partea asistentei.

O problemă asemănătoare se pune şi în cazul îngrijirii unui pacient confuz sau inconştient, când interesul pentru stabilirea unei relaţii cu pacientul trebuie să fie evident. În aceste situaţii îngrijirile acordate cu căldură şi respect pot să creeze pacientului, emoţional, revenirea unei flăcări de conştienţă.

În munca sa pentru pacient, asistenta trebuie să comunice cu el în multiple circumstanțe:
– atunci când acesta ajunge la spital
– atunci când se face interviul pentru culegerea de date
– atunci când se execută îngrijirile zilnice, moment în care asistenta trebuie să-i explice totul pacientului astfel ca el să fie informat despre tratamente, despre examenele și intervențiile pe care va trebui să le suporte etc.

Această comunicare verbală și nonverbală, trebuie să fie o *comunicare terapeutică, o relație de ajutor* pentru pacient.

Atitudinea de a asculta, arta de a pune întrebări și de a răspunde (interesul concentrându-se spre pacient) nu sunt decât câteva din caracteristicile acestei forme de comunicare.

Situații sau reacții în timpul îngrijirilor și care trebuie să fie în atenția asistentei

Anxietatea: – este un sentiment de inconfort și de tensiune pe care-l resimte persoana. Poate să apară sub formă acută în prezența unei dureri, a fricii, a neliniștii etc. Ea poate să producă ușoare modificări ale pulsului, ale respirației, ale tensiunii arteriale, o creștere marcantă a acestor semne vitale. Asistenta trebuie să învețe să deceleze anxietatea pacientului, putând fi de mare ajutor pentru acesta.

Stresul – este una dintre problemele cele mai răspândite în timpul nostru. El se manifestă atât din punct de vedere fizic cât și psihologic. Stresul psihologic provine dintr-un *dezechilibru între exigențele la care individul trebuie să facă față și capacitatea sa de a corespunde.* Pe de altă parte, sentimentul de a nu avea destul timp face ca viața să fie o cursă veșnică contra cronometru. Stresul poate antrena numeroase probleme de sănătate – atât pe plan psihologic (anxietate, frica de eșec, depresia), cât și, pe plan fizic, prin insatisfacția anumitor nevoi fiziologice ca foamea, setea, frigul, inconfortul etc. Indiferent de proveniența stresului (fizic sau psihologic) el poate afecta organe ca de exemplu stomacul (ulcer de stres). Asistenta poate să ajute persoana printr-un suport psihologic și prin rolul său de suplinire în satisfacerea nevoilor fundamentale ale persoanei la care ea acordă îngrijiri.

Frica – Anxietatea se asociază adesea cu frica. Frica este un sentiment pe care-l resimte persoana față de un pericol fizic sau psihologic. Nu trebuie să minimalizăm importanța acestui sentiment față de un tratament, față de intervenții sau față de moarte. Atunci când asistenta știe să deceleze frica la persoana îngrijită, este important ca ea să-i demonstreze înțelegere, voința sa de a-l asculta și de a-l asigura.

Durerea – este o senzație neplăcută percepută într-unul sau mai multe puncte ale organismului. Ea este însoțită de reacții psihologice (anxietate, depresie, furie

etc.) de preocupări sociale (nelinişte, îngrijorare pentru viitor, pentru familie), iar întrebările cu caracter religios se intensifică. Există diverse forme de durere dar putem să le clasăm în două mari categorii: durerea acută şi cronică. Rolul asistentei faţă de această dificultate constă în a-i administra medicamentele (rol delegat), în a-i acorda îngrijiri care să-i potolească starea de rău fizic, dar comunicarea terapeutică cu aceşti pacienţi care suferă, are o importanţă unică.

Singurătatea – Boala, infirmitatea şi bătrâneţea nu sunt întotdeauna atractive. Persoanele în vârstă, bolnavii cronici şi persoanele din unităţile psihiatrice, trăiesc frecvent experienţa singurătăţii şi a izolării. Singurătatea este starea individului care se regăseşte singur cu el însuşi. Uneori, aceste momente sunt benefice pentru fiinţa umană. Dar trebuie să existe un echilibru între gradul de intimitate de care persoana are nevoie (pentru conservarea demnităţii sale) şi între legăturile sociale care sunt necesare pentru (realizare) deschiderea şi dezvoltarea personalităţii. Singurătatea frecventă şi prelungită a persoanelor bolnave duce adesea la deteriorarea mentală şi afectivă. Rolul asistentei pentru a ajuta persoana singuratică este de a stabili o relaţie de ajutor, de a stabili un climat de încredere, de acceptare, de respect şi înţelegere. Relaţia de ajutor nu înseamnă a da sfaturi persoanei, ci a-l susţine în dificultatea sa aducându-i suficientă căldură şi înţelegere empatică. În afară de situaţiile amintite mai sus, asistenta întâlneşte la pacienţi în timpul executării îngrijirilor sale multe alte dificultăţi de care trebuie să ţină cont. Astfel, mai amintim:

Imobilitatea sau diminuarea activităţii normale (poate afecta percepţia imaginii şi stimei de sine).

Înstrăinarea: este vorba de pacienţii aflaţi în serviciile de sănătate care sesizează (percep) că nu există loc – că nu se ţine seama – de opiniile lor, de neliniştea lor, de capacitatea lor de decizie, de dreptul lor la informaţie, de preferinţele lor şi chiar de personalitatea lor, cu caracteristicile proprii.

Sentimentul de neputinţă – situaţie în care pacientul se vede condamnat şi constată cu amărăciune inutilitatea îngrijirilor, îşi dă seama că nimeni nu poate să facă nimic mai mult pentru el.

Modificarea schemei corporale – o schimbare progresivă cum ar fi: slăbirea, obezitatea, menopauza, îmbătrânirea, pot să producă la unele persoane perturbări importante. Însă şocul cel mai puternic este format de o boală deformantă cum ar fi: artrita, paralizia, ori de intervenţii chirurgicale mutilante (amputaţia membrelor, a sânului, a organelor genitale etc.). Aceste situaţii care ating schema corporală şi la care pacientul se resemnează cu dificultate îl fac pe acesta să trăiască sentimente de frustrare, de devalorizare şi pierderea încrederii în sine.

Pierderea unei fiinţe dragi, a unui rol, a unui statut social sau a unui avantaj, creează dificultăţi de ordin material, profesional sau emotiv.

Doliul – după decesul unei fiinţe dragi este o pierdere cu repercusiuni importante.

Toate aceste situații pot fi reduse (atenuate) de către asistentă, prin îngrijiri potrivite, printr-o înțelegere empatică, printr-o prezență umană și căldură sufletească, gata să ajute persoana ce trăiește aceste dificultăți.

Dar, fără o prezență de calitate și o comunicare ce constituie o *relație de ajutor*, toate aceste îngrijiri se pot vădi iluzorii.

De reținut: În vederea executării unor îngrijiri potrivite fiecărui pacient, aistenta trebuie să știe să aplice mai multe metode de acțiune care să ușureze suferințele persoanei bolnave și să-i asigure un plus de confort și o stare de bine.

Executarea îngrijirilor constituie un moment potrivit pentru asistentă, care vrea să învețe, să informeze pacientul asupra problemelor sale de sănătate, asupra tratamentului său, ori despre obiceiurile de viață mai puțin potrivite pentru satisfacerea nevoilor fundamentale. *Învățarea* pacientului este un act de îngrijire esențial și necesar. Această învățare poate să fie specifică (ex. a învăța pacientul să-și facă injecție – în cazul diabetului) sau poate să conțină alte sfaturi practice. Înainte de a începe învățarea, trebuie mai întâi să-i evaluăm cunoștințele pacientului și dorința de a învăța. Trebuie să încurajăm pacientul să pună întrebări. Îi putem spune, de exemplu: „Puneți-mi toate întrebările pe care le vreți, chiar dacă ele vi se par stupide. Noi toți ne simțim câteodată limitați, deci să nu credeți că sunteți singurul, toate întrebările sunt importante, chiar și acelea care vă par neînsemnate."

5. EVALUAREA ÎNGRIJIRILOR – a cincea și ultima parte a demersului de îngrijire

Evaluarea constă în a aduce o apreciere (o judecată) asupra progresului pacientului în raport cu intervențiile asistentei.

Evaluarea este o condiție *absolută* a calității îngrijirilor. Dacă intervențiile planificate nu și-au atins scopul lor, atunci trebuie să știm de ce nu avem rezultatul scontat și trebuie să știm cum să corectăm situația.

Când se face evaluarea?

Evaluarea trebuie să se facă cu regularitate, la diverse intervale. Un obiectiv indică, în general, în ce ritm trebuie să se facă evaluarea.
De exemplu: dacă există mențiunea „se va evalua mâine" sau „ ...din 3 în 3 ore" sau „în 3 zile" – atunci trebuie să fie făcută examinarea în termenul fixat.

Ce se evaluează?

Există mai multe metode de a determina ceea ce trebuie evaluat. Ne propunem să evaluăm două aspecte:

1. Rezultatul obținut sau schimbarea observată – adică reacția pacientului la îngrijiri;
2. Satisfacția pacientului însuși.

1. Rezultatul obţinut

Când asistenta formulează obiectivele îngirjirilor, ea exprimă ce rezultat prevede să se obţină în urma îngrijirilor acordate.

De exemplu: un obiectiv poate fi formulat în felul următor:

„ ...ca d-na X să accepte să-şi exprime mâine sentimentele resimţite cu ocazia primului pansament după mastectomie".

Pentru a realiza acest obiectiv, asistenta îşi va planifica toate intervenţiile în vederea obţinerii acestui rezultat: va merge să vadă pacienta când ea va fi mai odihnită, o va asculta, o va stimula să se exprime, va manifesta empatie, va începe să abordeze cu ea probleme legate de *perceperea imaginii de sine.*

Pentru a şti dacă obiectivul a fost atins, asistenta va trebui ea însăşi să-şi pună nişte întrebări în legătură cu modul în care a reuşit să întreţină o relaţie cu pacienta.

Exemplu de evaluare

Doamna X încă şocată, nu poate să se exprime prea mult; plânge, este descurajată, dar în urma discuţiei avute cu asistenta, este mai calmă. După cum se vede, rezultatul nu a fost atins şi obiectivul va trebui reluat. La o nouă încercare de evaluare putem să demonstrăm că obiectivul a fost atins.

D-na X acceptă să vorbească despre sentimentele sale, plânge, zice că nu va mai fi niciodată ea însăşi, că se devalorizează. Îi e teamă pentru relaţiile sale cu soţul. Spune că s-a mai îmbărbătat vorbind cu asistenta.

Rezultatul este satisfăcător – pacienta vorbeşte despre sentimentele sale, dar apar alte probleme, alte dimensiuni – care vor fi subiectul unor noi obiective cu evaluările necesare. După cum se vede, evaluarea rezultatelor este, într-un fel, o culegere de date, atingând anumite aspecte ale problemei de sănătate a persoanei. Noile date obţinute despre evoluţia pacientului sunt astfel adăugate, sunt revăzute, se stabilesc priorităţile, obiectivele şi se decid noi intervenţii dacă este cazul – proces ciclic.

Deci: evaluarea se face pe tot timpul îngrijirii. Când se observă că semnele nu s-au diminuat (că obiectivul pentru persoană nu a fost atins) că acţiunile de îngrijire (ale asistentei) nu au avut impactul dorit, procesul de îngrijire se reia de la prima etapă (reformularea diagnosticului, a obiectivelor, se modifică intervenţiile). Evaluarea permite reajustarea obiectivelor şi deci modificarea intervenţiilor. Ea prezintă o asemănare cu spirala educaţiei, căci ne permite să evaluăm în permanenţă.

2. Satisfacţia pacientului

Este important de a cunoaşte aprecierea pacientului însă trebuie în acelaşi timp să avem rezerve pentru că pacientul nu ştie întotdeauna ceea ce implică o bună

îngrijire; este, de asemenea, posibil ca lui să-i displacă unele intervenţii, deşi beneficiază de o îngrijire excelentă.

Evaluarea nu ar fi completă, fără o evaluare a întregului proces urmat. Această evaluare este necesară atunci când situaţia pare să stagneze, nu se văd rezultate. De asemenea, se impune o evaluare a procesului urmat când se produc numeroase schimbări în starea pacientului (intervenţii, complicaţii, naştere etc.), pentru că va fi necesară introducerea unor date noi.

Cum se face evaluarea?

Evaluarea se face pornind de la un punct de referinţă care de fapt este obiectivul de îngrijire.

De exemplu: obiectivul pentru o escară de 2 cm diametru şi 2 mm profunzime poate fi: „ca escara de decubit să granuleze într-o săptămână". Pornind de la acest punct de referinţă, asistenta va putea cu uşurinţă să judece evoluţia acestei probleme. Persoana care face evaluarea unui obiectiv dat va trebui să înregistreze observaţia, să indice data şi să semneze.

Concluzie: procesul de îngrijire este un proces ciclic şi permanent reînnoit.

Precizare

Planurile de îngrijire aşa cum le găsim descrise în diverse publicaţii pot fi considerate planuri de referinţă care furnizează linii directoare şi care trebuie luate în seamă.

Toate pot fi instrumente de lucru utile şi trebuie folosite ca puncte de plecare pentru că aduc informaţiile de bază, ajută învăţarea, uşurează demarajul planificării, ajută la stabilirea unui plan de îngrijire individualizat.

Utilizarea lui nu trebuie să se facă orbeşte, pentru că nici într-un plan standard – scris în termeni generali nu pot fi cuprinse şi tratate toate problemele particulare.

Analizând cu atenţie planul standard, putem determina ce se aplică la pacientul nostru, astfel încât, obiectivele acestuia să fie extrem de specifice şi individualizate. Un plan de îngrijire extensiv ţine cont atât de prescripţiile medicale, cât şi de intervenţiile autonome ale asistentei. Astfel, asistenta trebuie să verifice prescripţia medicului înainte de a-şi planifica intervenţiile autonome.

De exemplu: unul din pacienţi prezintă ca diagnostic de îngrijire „intoleranţă la activitate". Asistenta nu va putea să-şi planifice mijloacele de intervenţie pentru această problemă înainte de a şti care sunt activităţile autorizate de medic.

Înainte de a decide intervenţiile autonome, asistenta va verifica prescripţiile medicale referitoare la:

– limitarea activităţilor fizice
– restricţii alimentare
– alte prescripţii ale medicului cu rol delegat.

Exemple de intervenţii autonome

corepunzătoare problemelor asociate nevoii de a evita pericolele (exemple selectate din: L. Grondin, R.J. Lussier, M. Phaneuf, L. Riopelle – Planification des soins infirmiers. Modèle d'intervention autonome).

În încheierea capitolului consacrat etapelor procesului de îngrijire vom exemplifica, diferitele tipuri de intervenţii autonome pe care asistenta medicală trebuie să le desfăşoare. Am ales, pentru ilustrare, intervenţiile corespunzătoare problemelor de dependenţă *asociate nevoii de a evita pericolele, întrucât acest tip de probleme (anxietate, durere, stare depresivă, frică etc.) se regăsesc la toate nevoile prezentate şi sunt întâlnite în majoritatea bolilor.*

*Intervenţiile sunt prezentate atât în funcţie de **problemele** [P] identificate , cât şi în funcţie de **diagnosticul de îngrijire (problemă + etiologie)** [**DI = P + E**].*

Intervenţii corespunzătoare

[P] **Anxietate moderată**	***Asistenta:*** – favorizează adaptarea persoanei la noul mediu – identifică cu persoana, cauza anxietăţii şi/sau factorii declanşatori: metode de investigare, tratamente etc. – furnizează explicaţii clare şi deschise asupra îngrijirilor programate – ajută persoana să-şi recunoască anxietatea – creează un climat de înţelegere empatică – asigură un climat de calm şi securitate – respectă tăcerile şi plângerile persoanei pentru a-i permite să-şi controleze emoţiile – asigură un climat calm de securitate, la nevoie, veioză, clopoţel, semnal de alarmă etc. – diminuează stimulii auditivi şi vizuali: zgomote şi lumină intensă – asigură activităţi distractive, la alegerea pacientului – prevede un timp, zilnic, pentru a permite pacientului să-şi exprime incertitudinile şi să fie sigur de prezenţa noastră – răspunde la întrebările persoanei ***Precizare:*** – În timpul zilei, cel puţin o dată asistenta trage scaunul lângă patul pacientului şi stă de vorbă cu el – Acest gest insuflă un sentiment puternic, „că asistenta nu va fugi îndată afară pe uşă" Pacientului îi păreţi mai disponibilă şi mai interesată de persoana sa – Doar simplul fapt că altcineva înţelege o problemă poate fi liniştitor, îi poate oferi un sentiment de siguranţă – Dacă pacientul se simte înţeles anxietatea sa se va diminua.

[DI]: Anxietate moderată cauzată de lipsa de cunoaştere a mijloacelor ajutătoare	– identifică cunoştinţele pe care le are persoana pentru a-şi diminua anxietatea – îl învaţă tehnici de relaxare – îl determină să practice o tehnică de relaxare de... ori/zi – sugerează persoanei utilizarea gândurilor pozitive privind evenimentele ameninţătoare (la nevoie) – verifică cum a înţeles învăţămintele, informaţiile date.
[P]: Anxietate severă	În afara intervenţiilor expuse anterior: – diminuează stimulii auditivi şi vizuali: radio, zgomote, lumină, televizor etc. – stă în preajma persoanei, la nevoie – determină persoana să practice exerciţii de relaxare: respiraţie abdominală profundă, concentrându-se asupra expiraţiei ... minute de ... ori/zi – în caz de hiperventilaţie, asistenta îi spune persoanei să respire în acelaşi timp cu ea într-un ritm lent – explică faptul că diminuarea respiraţiei la un ritm de 10-12 minute îl poate ajuta – permite unui membru al familiei să stea lângă persoană, până când panica va ceda – prevede o perioadă de timp, zilnic, pentru a permite persoanei să-şi exprime sentimentele – evită să atingă persoana fără permisiunea ei – îndepărtează toate elementele ameninţătoare pentru persoană sau alţii – ţine mâna persoanei, dacă o doreşte – face masaj al spatelui, mâinilor şi picioarelor ... minute, de ... ori/zi
[P]: Dificultate/incapacitate de a-şi păstra sănătatea	– ajută persoana să identifice factorii care-i alterează capacitatea de a-şi conserva sănătatea – face cu persoana un bilanţ al forţelor şi deficienţelor sale – face un plan zilnic de menţinere a sănătăţii, cu persoana sau cu un aparţinător: alimentaţie, îngrijiri de bază, so..., exerciţii, eliminare etc. – asigură un climat cât mai personal posibil: obiecte personale, fotografii etc. aduse de acasă – explică toate tratamentele viitoare şi măsurile de luat – furnizează explicaţii simple în acord cu nivelul de înţelegere al persoanei – identifică cu persoana aparţinătorii care-i pot servi de susţinători şi-i include pe aceştia în programarea planului de menţinere a sănătăţii

	– aduce la cunoştinţă, înainte de externare, datele controalelor medicale la spital sau dispensar – recomandă un comportament pozitiv cu privire la conservarea sănătăţii
[P]: Durere acută	– evaluează caracteristicile durerii: localizare, intensitate, durată, frecvenţă, factorii care-i cresc sau diminuează intensitatea – stabileşte schema apariţiei şi diminuării durerii pentru a regrupa îngrijirile în consecinţă – observă poziţia de protecţie adoptată de persoană – plasează persoana într-o poziţie antalgică – utilizează mijloace suplimentare pentru reducerea durerii: băi calde, pungă cu gheaţă sau apă caldă, dacă este indicat – recomandă persoanei să semnaleze durerea de la apariţie (întârzierea face grea reducerea durerii) – asociază medicaţia analgezică cu un masaj, o atingere terapeutică – determină persoana să practice o respiraţie abdominală 5-10 minute după administrarea medicaţiei analgezice – arată persoanei că se preocupă de ea ca un tot unitar, nu numai de durerea sa – informează pacientul în termeni simpli – informează asupra evoluţiei durerii, a diminuării şi toleranţei şi acţiunii medicamentului – ajută persoana în activităţile zilnice, la nevoie, pentru a-i permite să-şi conserve energia – schimbă poziţia în pat, la ... ore – explică persoanei că-i este permis să se plângă sau să-i fie teamă, să-şi exprime mânia sau frustrarea – învaţă persoana cum să-şi administreze medicamentele, efectele lor secundare şi durata de acţiune – pentru diminuarea durerii ajută persoana în activitatea zilnică: alimentaţie, hidratare, igienă, mobilizare etc. şi progresiv lasă persoana să le îndeplinească singură – evaluează capacitatea fizică a persoanei În caz de capacitate fizică bună, pentru diminuarea durerii: – ajută persoana în deplasările sale, la nevoie – îl determină să practice exerciţii ale musculaturii, în limita toleranţei, ... minute/oră, de ... ori/zi – administrează analgezicul cu 20-30 minute înainte de a face exerciţii sau activitate
[P]: Durere cronică	– foloseşte la alegerea persoanei, mijloace de destindere: masaj, lectură, muzică etc.

	– imobilizează regiunea dureroasă – programează activitățile ținând cont de limitele persoanei – sugerează să crească progresiv durata exercițiilor și mișcărilor, fără să exagereze – face un masaj al spatelui, mâinilor și/sau picioarelor, la nevoie – în caz de migrenă, sugerează persoanei să se culce într-o cameră liniștită cu o pungă de gheață pe cap și un șervețel rece pe ochi, la primele semne ale migrenei
[P]: Stare depresivă	– limitează atenția acordată gândurilor triste (readuce persoana la timpul prezent) – arată calm, căldură, dar fără exuberanță pentru a fi în acord cu sentimentele persoanei – subliniază necesitatea îngrijirii personale: coafură, manichiură, barbă etc. – determină pacientul să practice exerciții musculare ... minute, de ... ori/zi – felicită pacientul dacă execută activități – determină persoana să practice afirmații despre sine: „sunt capabilă, sunt sănătoasă, sunt calmă și flexibilă" – sugerează să se întâlnească cu o persoană care a trăit aceeași problemă
[P]: Perturbarea stimei de sine	***Precizare:*** pentru a face diferența între: perturbarea stimei de sine și perturbarea imaginii de sine, dăm definiția fiecăreia. ***Definiție:*** diminuarea sentimentelor propriei valori și a competenței ***Intervenții:*** – după ce ascultă persoana, limitează expresia sentimentelor negative – identifică cu persoana situațiile și evenimentele care sunt cele mai amenințătoare pentru ea – explorează cu persoana mecanismele de adaptare pe care le folosește pentru a face față situațiilor: cerere de informații, reflectare, confidențe, repaus, canalizarea energiilor în muncă, menaj, alcool, umor, drog, medicamente, hipersomnie – întărește mecanismele sănătoase de adaptare – determină pacientul să participe la activități recreative, educative, care să-i permită recâștigarea stimei de sine

[D]: Perturbarea stimei de sine, cauzată de neadaptarea la o criză sau situaţie	– explică persoanei că toate pierderile ocazionale (divorţ, şomaj, retragere) cer o perioadă de adaptare – subliniază că fiecare adaptare aduce la început un sentiment de insecuritate – ajută să accepte situaţia explicându-i că dependenţa fizică nu-i diminuează valoarea umană – determină pacientul să participe, pe cât posibil, la îngrijirile sale pentru a-i da sentimentul de control al situaţiei – planifică împreună cu persoana îngrijirile cotidiene, astfel încât să-i redea progresiv independenţa
[P]: Perturbarea imaginii de sine	***Definiţie:*** percepţie negativă pe care individul o încearcă privind aspectul fizic în urma pierderii unui organ sau a unei funcţii, sau ameninţare la adresa integrităţii personalităţii. ***Intervenţii:*** – evaluează gradul anxietăţii care însoţeşte pierderea fizică – permite să-şi exprime negarea, la început, pentru a o ajuta să se adapteze – după câtva timp, va limita negarea şi o va readuce la realitate cu abilitate – ajută persoana să se pună în valoare prin aspectul ei: coafură nouă, îmbrăcăminte care-i stă bine – explică persoanei că e normal să resimtă mânie, frustrare sau depresie în această situaţie – o determină progresiv să-şi privească plaga, amputaţia, colostomia, mastectomia, arsura etc. – îl face să participe progresiv la îngrijiri: îngrijirea colostomiei, pansament etc.
[P]: Frica	– identifică împreună cu persoana natura, intensitatea, cauzele fricii, la nevoie – familiarizează persoana cu mediul nou – furnizează explicaţii scurte, precise, asupra îngrijirilor programate – planifică cu o echipă de îngrijire o perioadă de ... minute zilnic, în preajma persoanei
[D]: Frica pricinuită de incapacitatea de a face faţă realităţii tratamentului	– explorează obiectul fricii pentru a identifica cu precizie ce găseşte persoana ca şi ameninţare în această experienţă: mijloace de investigare, anestezie, intervenţie, chimioterapie, radioterapie sau alte tratamente; frica de diagnostic grav, de durere, de a fi singură – identifică nivelul anxietăţii persoanei – clarifică perceperea eronată faţă de obiectul fricii

	– înaintea oricărei examinări sau tratament, aduce la cunoştinţă persoanei asupra căror semne trebuie să fie mai atentă şi ce va simţi – spune persoanei că nici o decizie nu o va lua fără să o consulte – menţionează rezultatele investigaţiilor – explică persoanei care se teme de singurătate că un membru al echipei de îngrijire va fi la dispoziţia sa, la nevoie
[DI]: Frică, din cauza tulburărilor de gândire	– supraveghează persoane cu halucinaţii, la ... minute – asigură un climat de securitate: ridică lateralele patului, elimină toate obiectele ce ar putea răni persoana sau pe ceilalţi – evită să judece sau să minimalizeze impresiile dezagreabile cauzate de dezorientare, iluzii şi halucinaţii – evită discuţiile lungi asupra conţinutului halucinaţiilor; îi va spune simplu că nu este ceea ce el percepe – stabileşte limitele comportamentului neacceptat: violenţe verbale sau altele
[P]: Refuz de a se conforma tratamentelor	– corectează la nevoie opiniile greşite – identifică împreună cu persoana elementele care intră în conflict cu tratamentul: religie, cultură, mod de viaţă – identifică împreună cu persoana celelalte cauze ale refuzului său: frica, durerea, experienţe trecute sau experienţele aparţinătorilor, lipsa de cunoştinţe etc. – explică persoanei că este normal să-i fie frică, să fie depresivă, să simtă frustrarea sau mânia în aceste circumstanţe – explică persoanei că mânia, frustrarea etc. fac parte din evoluţia normală a bolii – manifestă o atitudine de „a nu judeca" faţă de refuzul tratamentului – îl determină să se exprime asupra efectelor secundare dezagreabile ale tratamentului: greţuri, vărsături, stare depresivă, somnolenţă, diminuarea libidoului etc. – dă explicaţii precise asupra efectelor secundare şi a metodelor de a le diminua În caz de insatisfacţie privind sistemul de îngrijiri: – permite exprimarea criticilor pentru a face modificările posibile – înlesneşte întâlniri cu autorităţile, la nevoie – respectă interdicţiile şi regulile religioase – acordă persoanei şi aparţinătorilor suficient timp pentru a integra informaţiile primite în sistemul lor de valori şi cultură înainte de a lua o decizie

	– înaintea oricărui tratament, examinare, va specifica la ce trebuie să fie atentă şi ce va simţi – nu-i comunică multe detalii care pentru persoana anxioasă ar putea fi dăunătoare
[P]: Risc de accident	– orientează persoana în timp, spaţiu şi anturaj, la fiecare ... ore – dacă se manifestă o anxietate puternică sau panică, se planifică intervenţiile potrivite – determină factorii de risc: deficite senzomotorii, confuzii, hipotensiune ortostatică, slăbiciune etc. – menţine următoarele mijloace de siguranţă • aparate de mobilitate: baston, cârje, proteze, cadru de susţinere pentru mers, balustrade pentru scări, bare de sprijin; • clopoţel de apel • mijloace de imobilizare • pantofi potriviţi • pardoseală uscată, cale de mişcare liberă – ajută persoana să îndeplinească anumite activităţi – informează persoana asupra măsurilor de securitate care trebuie respectate – evaluează forţa musculară a bicepşilor şi a cvadricepşilor – propune exerciţii de întărire a acestor muşchi – aşază patul în poziţia cea mai joasă (cu excepţia procedurilor de îngrijire) – menţine blocate rotilele patului – plasează în permanenţă la îndemâna bolnavului efectele personale ale acestuia – asigură scaunul special de toaletă, la nevoie – explică persoanei cum să procedeze la transbordări (din pat în scaun etc.) – supraveghează temperatura apei şi alimentelor pentru a evita arsurile – nu lasă la îndemâna persoanei medicamente şi substanţe periculoase (chibrituri etc.) – aranjează spaţiul înconjurător al persoanei, împreună cu acesta, pentru a evita obiectele şi situaţiile ce ar putea genera accidente – menţine uşile încuiate cu cheia, dacă este nevoie – nu lasă persoana în cadă fără supraveghere – asigură o iluminare corespunzătoare în permanenţă, cu o veioză de noapte – anticipează necesităţile persoanei, la nevoie

	– se asigură că persoana bea și mănâncă încet, pentru a evita riscul de sufocare – evită alimentele uscate pentru persoanele care au tendința de sufocare *În caz de crize convulsive* – supraveghează accidentele, pericolele de cădere – nu introduce nimic între dinți, dacă gura este închisă – dacă gura este deschisă, se plasează un șervet pliat pentru a se evita mușcarea limbii – îndepărtează orice obiect de care persoana ar putea să se lovească – întoarce capul persoanei pe o parte pentru a evita aspirarea secrețiilor
[DI]: Risc de accident, cauzat de confuzie	– observă cu atenție schimbările de comportament – orientează persoana în timp, spațiu și anturaj folosind calendar, orologiu, mijloace vizuale ușor de citit – asigură în preajma persoanei o prezență pe care să o cunoască și cu care se simte în siguranță – în timpul îngrijirilor îi explică ce i se face sau ce i se va face, într-un limbaj pe care-l înțelege – asigură satisfacerea nevoilor fundamentale lăsându-l autonom pe cât posibil: alimentație, igienă etc. – se apropie de persoană cu o atitudine deschisă, blândă, surâzând tot timpul
[DI]: Risc de accident, cauzat de necunoașterea mijloacelor de prevenire	– conștientizează persoana asupra mijloacelor de prevenire a lovirilor: a) în mediu spitalicesc: persoana predispusă de a face hipotensiune ortostatică sau care este slăbită să se ridice încet, privirea înainte; încălțăminte cu toc jos, nealunecoasă; folosirea corectă a ochelarilor, cârjelor, suporturi de-a lungul coridorului b) la domiciliu: folosirea unui suport de baie, scaun de baie, evitarea parchetului lustruit, mochetelor de dimensiuni mici, cabluri întinse pe jos, apă prea caldă, de către persoane cu tulburări senzoriale – explică aparținătorilor regulile privind securitatea persoanei confuze: balustrade la scări, zăvoare de securitate, supraveghere continuă privind aparatele electrice, pericolul focului, fugii etc.
[P]: Doliu	***Definiție:*** durere profundă, urmare a unei pierderi (persoană, obiect, rol, funcție fiziologică, parte a corpului). Doliul poate fi anticipat sau real.

	Intervenţii: Asistenta: – identifică cu persoana, faza doliului în care se găseşte – planifică o prezenţă de ... minute/zi în preajma persoanei – favorizează exprimarea sentimentelor de doliu – informează persoana de fazele evolutive normale ale doliului – ajută persoana să înţeleagă reacţiile sale la doliu şi să le considere normale în această situaţie – ajută persoana să utilizeze resursele de susţinere disponibile: familie, prieteni, resurse comunitare etc. – explică persoanei şi aparţinătorilor cum se poate manifesta reacţia de doliu – ajută familia să susţină persoana care trăieşte doliul – ajută persoana şi familia să traverseze fazele doliului prin prezenţa şi înţelegerea sa

Precizare: Reacţiile de doliu parcurg 5 faze similare cu cele descrise de Elisabeth Kubler-Ross, în cazul bolnavilor incurabili, din momentul în care aceştia află diagnosticul. Am considerat util să prezentăm şi manifestările de dependenţă, în raport cu cele 5 faze, întrucât această corelare nu se face în anexa nr. 3.

	Manifestări de dependenţă	**Intervenţii**
În faza negării	– negarea realităţii – fantasme – refuz de a accepta pierderea – retragere	– favorizează exprimarea liberă a sentimentelor negative ca un mecanism de apărare, la nevoie – evită întărirea negării
În faza de mânie	– agresivitate – ostilitate – insomnie – iritabilitate – frică – sentiment de culpabilitate – promisiuni privind schimbarea obiceiurilor de viaţă – disponibilitatea de a accepta orice tratament – exprimarea de sentimente şi gânduri legate de pierderea suferită	– favorizează exprimarea liberă a sentimentelor de mânie, la nevoie – explică persoanei că mânia îi va permite mobilizarea energiilor – favorizează exprimarea dorinţei de negocieri cu Dumnezeu, cu viaţa, cu sănătatea pentru a întârzia clipa fatală – ajută persoana să-şi exprime sentimentele de culpabilitate şi explică că sentimentele de culpabilitate fac parte în mod normal din evoluţia doliului

În faza de depresie	– disperare – neliniște – idei de sinucidere – inerție – pierderea apetitului – perturbarea somnului – facies trist – plâns – retragere – tristețe	– favorizează exprimarea liberă a sentimentelor de depresie, la nevoie – ajută familia favorizându-i dialogul cu persoana
În faza de acceptare	– expresia calmului și seninătății – expresia acceptării pierderii	– ajută persoana să-și satisfacă nevoile de bază: hidratare și alimentare, îngrijiri igienice, fricționări etc. – explică membrilor familiei că este important pentru ei și muribund să-i stea în preajmă, să-l îngrijească, să-l atingă, să-i vorbească cu dragoste – fără a-i spulbera toate speranțele, asistenta nu va întreține speranțe irealiste, în situația sa – ajută persoana și familia să traverseze faza doliului – respectă lacrimile și tăcerile persoanei pentru a-i permite exprimarea sentimentelor de pierdere – evită încurajările facile – asigură persoanei un suport religios, adaptat la credințele sale, la nevoie – evită să judece valoarea sentimentului legată de persoana decedată – reconforteaza persoana dându-i speranțe privind ameliorarea durerii, inconfortului etc. • Dacă doliul este recent: – evită să-i spună că înțelege ceea ce resimte, dacă

		n-a trecut un moment asemănător – îl face să înţeleagă că sentimentul de vină şi mânia, acompaniază uneori doliul • Dacă doliul este mai puţin recent: – explică persoanei că este normal să reia contactul cu activităţile anterioare şi să investească în relaţii noi – explorează cu persoana activităţile în care îşi poate canaliza energia sa şi favorizează îndepărtarea sentimentelor legate de pierdere – explică persoanei că este normal ca sentimentele de doliu să nu constituie centrul preocupărilor sale – ajută persoana să identifice forţele sale pentru a face faţă la reintegrarea în viaţa normală.

Plan de îngrijire în perioada pre- și postoperatorie – Ghid (necesar pentru pacienți – în situații asemănătoare)

Precizare

Planul de îngrijire pe care-l prezentăm, ilustrează doar o parte din problemele trăite de pacienții care urmează să fie supuși unor intervenții chirurgicale.

Planurile de îngrijire individualizate și personalizate sunt mai complete, cuprinzând ceea ce este specific fiecărui pacient.

Diagnostic de îngrijire (probleme + surse de dificultate)	Obiectivele	Intervențiile	Evaluare
Data... – Anxietate din cauza intervenției chirurgicale – Lipsa de cunoștințe (de informații) în legătură cu: – procedurile preoperatorii (examinări, investigații) – procedura chirurgicală – procedurile și urmările postoperatorii	*Ca pacientul:* – să-și exprime sentimentele de neliniște, înaintea intervenției chirurgicale – să cunoască și să înțeleagă: – procedurile preoperatorii – procedura intervenției chirurgicale – procedurile și urmările postoperatorii	– Se evaluează înțelegerea și așteptările pacientului/familiei în ceea ce privește intervenția chirurgicală; anestezie și îngrijire pre- și postoperatorii – Se identifică motivul precis al fricii: anestezia, durerea, frica de moarte – Se manifestă o înțelegere empatică – Se clarifică cu pacientul/familia, concepțiile eronate – se informează și se explică diferitele proceduri: preoperatorii (asepsia, medicația,	Pacientul își exprimă neliniștea, dar anxietatea și neliniștea încă mai persistă. Data: .... Semnătura: .... Pacientul a înțeles explicațiile primite și este puțin mai liniștit

		restricția de alimente, mijloacele de diagnostic, sondele vezicale, spălături etc.); – se explică procedura chirurgicală; procedurile postoperatorii (sala de trezire, îngrijirile intensive, controlul durerii, repausul la pat, pozițiile etc.) – se informează despre urmările firești postoperatorii – se planifică o întâlnire cu asistenta medicală de la sala de operație, dacă este posibil – se încurajează pacientul să-și exprime sentimentele și neliniștea.	
– Neliniște în legătură cu posibilitatea apariției unor complicații	– să nu prezinte complicații (hemoragii, infecții, durere, tromboflebite)	– Se dau informațiile corespunzătoare în legătură cu măsurile de prevenire a complicațiilor postoperatorii: – se explică pacientului cum să participe la îngrijirile postoperatorii (susținerea plăgii când tușește, exerciții ale membrelor inferioare, exerciții respiratorii, mobilizare etc.) – Se dau informații relative la pansament, ~~tuburări~~ tuburi de dren, aparate de monitorizare etc.	Și-a însușit informațiile și a înțeles necesitatea participării la îngrijirea proprie

– Frică legat de neadaptarea la regimul terapeutic	– să înțeleagă și să respecte regimul terapeutic impus – să-și diminueze neliniștea și frica: să-și exprime sentimentele și emoțiile trăite	– Se discută despre adaptarea la regimul terapeutic, astfel încât să-și câștige încrederea în forțele proprii (fizice și psihice) – Se solicită pacientul să-și exprime preocuparea și să pună întrebări în vederea clarificării problemelor și diminuării anxietății	– Pacientul spune: „în urma discuției avute cred că voi reuși să mă adaptez situației". – Nu mai este anxios, își exprimă preocupările, pune întrebări pentru clarificarea unor probleme. *Data...* *Semnătura...*

Precizare:

Pentru a demonstra cele afirmate în legătură cu planurile de îngrijire, în sensul că ele nu trebuie să se facă orbește, rigid, încărcat cu formule tipizate, teoretizat și cu „lozinci", sugerăm mai jos un plan de îngrijire în perioada postoperatorie – postcolecistectomie – ușor de aplicat.

Prin aceasta vrem să reamintim că: exprimarea problemelor și a diagnosticului de îngrijire a pacientului, nu este obligatoriu să respecte întocmai, rigid, formularea din listele de diagnostice comunicate.

Important este însă ca problemele pacientului să fie exprimate clar, simplu și concret și să orienteze asistenta spre intervenții concrete cu rol propriu sau delegat.

Un plan de îngrijire al asistentei care este conceput corect și bine gândit este la fel de important ca și planul medical. De aceea el trebuie să fie folosit alături de acesta – în paralel – ca un instrument de lucru indispensabil.

În planul pe care-l prezentăm (doar orientativ), considerăm că în urma culegerii de date postoperator au fost identificate câteva probleme nou apărute și pe care le prezentăm în modul cel mai realist.

Plan de îngrijire – post colecistectomie

(Prezentăm doar patru probleme ale pacientului)

Date culese (manifestări de dependență)	Diagnostice de îngrijire	Obiectivul	Intervenții	Evaluare
Data: 14.12... ora 12,00 – tușește puțin dimineața – incapacitatea expectorării secrețiilor din căile respiratorii – evită să tușească pentru că aceasta îi produce dureri abdominale – fumător (un pachet de țigări pe zi)	– dificultate în eliberarea căilor respiratorii din cauza durerii abdominale – evită să tușească pentru că aceasta îi provoacă dureri abdominale	Pacientul: – să expectoreze secrețiile la fiecare 2 ore – să tușească la fiecare 2 ore ținându-și abdomenul (comprimându-și plaga) – să-și elibereze căile respiratorii cu minimum de dificultate în termen de 2 zile	– Se determină pacientul să tușească la fiecare 2 ore, arătându-i cum să-și protejeze plaga operatorie cu ajutorul mâinilor sau cu pernele	Data: 14.12... ora 16,00 Semnătura: – pacientul acceptă să tușească la interval de 2 ore – știe să-și susțină abdomenul – reușește să-și elibereze căile respiratorii cu mai puțină dificultate Data: 14.12... ora 16.00 Semnătura:
– gura și mucoasa nazală sunt uscate (sondă gastrică), situație apreciată de pacient ca dezagreabilă	– buzele, gura, mucoasa nazală sunt uscate, din cauza sondei gastrice	Pacientul: – să aibă buzele și nările umede, în permanență	– se umezesc buzele și nările cu tampoane îmbibate în glicerină, la fiecare 2 ore	– s-a ameliorat starea mucoaselor: buzele, gura și mucoasa nazală nu-i sunt uscate Data: 14.12... ora 14 Semnătura:

Data: 14.12... ora 15,00 – este îngrijorat și preocupat de pansament (de plaga operatorie) – fața este crispată – îi este frică de complicații – nu-și exprimă emoțiile	– anxietate legată de insuficienta cunoaștere a situației plăgii operatorii – frică legată de o posibilă evoluție nefavorabilă a plăgii, a operației, manifestată prin față crispată, neliniște, lipsa de comunicare verbală	Pacientul: – să-și diminueze semnele anxietății prin exprimarea sentimentelor negative și a emoțiilor Termen... ore	– se vizitează pacientul din oră în oră (sau mai des în prima zi) ca să i se dea posibilitatea să-și spună problemele ce-l îngrijorează – se încurajează să pună întrebări – se dau explicațiile și informațiile de care are nevoie în privința evoluției postoperatorii (vezi intervenți postoperatorii) – se încurajează și se asigură de lipsa semnelor care ar presupune apariția vreunei complicații – se explică semnele favorabile prezente care arată o evoluție bună	– pacientul își exprimă sentimentele, este liniștit și destins Data: 14.12... ora 20.00 Semnătura:
Data: 15.12... ora 12,00 – mișcare limitată	– refuză să se ridice din cauză că se simte slăbit	Pacientul: – să se ridice, cu ajutor, 10 minute înainte	– se ajută pacientul să se ridice câte 10 minute înainte de masă și 10 minute după masă	– pacientul a acceptat să se ridice cu ajutor – nu-i este frică, a înțeles importanța mișcării

– perfuzie la brațul stâng – încă nu s-a ridicat – este slăbit, îi este frică să se ridice		de masă și 10 minute după masă – să-și sporească forța fizică Termen: 24 ore	– se explică importanța acestui exercițiu	Data: 15.12... ora 18,00 Semnătura:

De reținut: la întocmirea unui plan de îngrijire, asistenta medicală are în vedere:

– intervențiile constante, supravegherea elementelor specifice

– urmărirea celor 14 nevoi pentru menținerea independenței sau ameliorarea unor dependențe; din plan vor face parte doar acele nevoi ce indică starea de dependență a pacientului

– planul medical (examinări, tratamente).

CAPITOLUL IV

NEVOILE FUNDAMENTALE ALE FIINȚEI UMANE ȘI PROBLEME DE ÎNGRIJIRE

„Respirația corectă este la fel de necesară ca și hrana"
(Vechi proverb hindus)

1. NEVOIA DE A RESPIRA ȘI A AVEA O BUNĂ CIRCULAȚIE

A. RESPIRAȚIA

Definiție

A respira reprezintă nevoia ființei umane de a capta oxigenul din mediul înconjurător, necesar proceselor de oxidare din organism, și de a elimina dioxidul de carbon rezultat din arderile celulare.

I. *Independența în satisfacerea nevoii de a respira*

Este determinată de menținerea integrității căilor respiratorii și a mușchilor respiratori, de funcționarea lor eficientă.

Etapele respirației:

a) *Ventilația* – reprezintă pătrunderea aerului încărcat cu oxigen în plămâni și eliminarea aerului încărcat cu dioxid de carbon. Ventilația are doi timpi: inspirația și expirația; ea este influențată de:
- permeabilitatea căilor respiratorii;
- concentrația oxigenului în aerul respirat;
- maturitatea centrului respirator bulbar;
- expansiunea cutiei toracice;
- funcționarea normală a centrilor care reglează respirația.

b) *Difuziunea gazelor* – este procesul prin care oxigenul din alveolele pulmonare trece în capilarele perialveolare și CO_2 din capilare trece în alveolele pulmonare.

Este influențată de:
– diferența de presiune a O_2 în aerul alveolar și concentrația O_2 din sânge;
– starea peretelui alveolar;
– mărimea suprafeței alveolare

c) *Etapa circulatorie* – constă în conducerea O_2 prin vasele arteriale la țesuturi și a CO_2 adus de la țesuturi, prin vasele venoase, la plămân, pentru a se elimina. Este influențată de:
– cantitatea de hemoglobină din sânge;
– debitul cardiac;
– numărul de hematii;
– permeabilitatea rețelei periferice arteriale

d) *Etapa tisulară* – reprezintă schimbul de gaze dintre sânge și țesuturi, cu ajutorul unui sistem enzimatic complex.

Asistenta medicală face observații privind etapa ventilatorie a respirației.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii de a respira

Factori biologici	– *Vârsta* – la copii, numărul de respirații pe minut este mai mare ca la adult – *Sexul* – la femei, se înregistrează valori ale frecvenței respiratorii la limita maximă a normalului. La bărbați la limita minimă – *Statura* – la persoanele mai scunde, numărul de respirații pe minut este mai mare decât la persoanele înalte – *Somnul* – în timpul somnului, frecvența respirațiilor este mai scăzută decât în timpul stării de veghe – *Postura* – poziția corectă a toracelui permite expansiunea plămânului în timpul respirației. Individul sănătos poate respira în ortostatism, șezând, culcat. Poziția care favorizează respirația, este cea șezând și ortostatică, prin contracția corespunzătoare a diafragmei – *Alimentația* – influențează menținerea umidității căilor respiratorii și prin aportul de glucoză, favorizează o bună funcționare a diafragmei și a celorlalți mușchi respiratori – *Exercițiul fizic* – influențează frecvența respirației • persoanele neantrenate dau semne de oboseală la un efort mai mic decât cele antrenate
Factori psihologici	– *Emoțiile* – influențează frecvența și amplitudinea respirației. Aceeași influență o au plânsul, râsul

Factori sociologici	– *Mediul ambiant* – procentajul adecvat de oxigen (21%) din aerul atmosferic favorizează respirația; mediul poluat, încărcat cu particule microbiene, chimice, influențează negativ respirația; umiditatea aerului inspirat de 50-60% creează un mediu confortabil – *Climatul* – influențează frecvența respirației; căldura determină creșterea frecvenței, frigul – scăderea frecvenței; vântul perturbă respirația; altitudinea, prin rarefierea aerului, determină creșterea frecvenței – *Locul de muncă* – prin poluare chimică sau microbiană, devine un mediu nefavorabil bunei respirații

Manifestări de independență

Frecvența respirației	– reprezintă numărul de respirații pe minut – este influențată de vârstă și sex la nou-născut – 30-50 r/min. la 2 ani – 25-35 r/min. la 12 ani – 15-25 r/min. adult – 16-18 r/min. vârstnic – 15-25 r/min.
Amplitudinea	– este dată de volumul de aer care pătrunde și se elimină din plămân la fiecare respirație. Din acest punct de vedere respirația poate fi profundă sau superficială
Ritmul	– reprezintă pauzele egale dintre respirații. Deci, respirația este ritmică
Zgomotele respiratorii	– normal, respirația este liniștită; în somn, devine mai zgomotoasă (sforăit)
Simetria mișcărilor respiratorii	– ambele hemitorace prezintă aceeași mișcare de ridicare și coborâre în timpul inspirației și expirației
Tipul de respirație	– sunt trei tipuri de respirație: – costal superior, întâlnit la femeie, prin ridicarea părții superioare a cutiei toracice, datorită măririi diametrului anteroposterior în timpul inspirației – costal inferior, întâlnit la bărbat, prin mărirea diametrului lateral al cutiei toracice – abdominal, întâlnit la copii și vârstnici, prin mărirea diametrului vertical al cutiei toracice

Mucozităţi	– mucoasa respiratorie este umedă, secreţii reduse, transparente, dense
Tusea	– reprezintă o expiraţie forţată, prin care se elimină secreţiile din căile respiratorii; este un fenomen de protecţie al organismului

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei în satisfacerea nevoii

– explorează deprinderile de respiraţie ale pacientului
– învaţă pacientul:
  – să facă exerciţii respiratorii
  – să facă exerciţii de mers, de relaxare
  – să aibă posturi adecvate, care să favorizeze respiraţia
  – să înlăture obiceiurile dăunătoare (îmbrăcăminte strâmtă, tabagism, mese copioase)

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

În satisfacerea nevoii, se manifestă următoarele probleme:

1. Alterarea vocii;
2. Dispneea;
3. Obstrucţia căilor respiratorii.

Surse de dificultate, care determină nesatisfacerea nevoii de a respira

Surse de ordin fizic	– alterarea mucoasei nazale, faringiene, bronşice, traheale sau parenchimului pulmonar; tabagism; – obstrucţia căilor respiratorii; obezitatea; bandaje toracice; dezechilibru hidroelectrolitic; durere
Surse de ordin psihologic	– anxietatea; stresul; – situaţia de criză
Surse de ordin sociologic	– aerul poluat, umed – altitudinea înaltă
Lipsa cunoaşterii	– cunoaşterea de sine – cunoaşterea mediului ambiant – cunoaşterea altor persoane

1. Alterarea vocii

Poate fi cauzată de procese inflamatorii la nivelul căilor respiratorii superioare – nas, faringe, laringe, dar şi de prezenţa alergenilor din mediul înconjurător.

Manifestări de dependenţă

Disfonie	– tulburări ale emisiunii vocale, interesând înălţimea, intensitatea şi timbrul vocii. Se manifestă sub formă de răguşeală, voce stinsă, voce aspră.
Afonie	– imposibilitatea de a vorbi
Senzaţia de sufocare	– lipsa de aer

2. Dispneea

Se manifestă ca o respiraţie anevoioasă. Este provocată de numeroase cauze; mai frecvent, de bolile inimii şi ale plămânului, dar şi ale căilor respiratorii superioare. Aerul pătrunde cu greutate în plămân, având drept consecinţă oxigenarea defectuoasă a ţesuturilor şi acumularea de CO_2 în sânge. Pacientul este anxios.

Manifestări de dependenţă

Ortopnee	– poziţie forţată, cu braţele atârnate pe lângă corp, bolnavul stând şezând (poziţie care favorizează respiraţia)
Apnee	– oprirea respiraţiei
Bradipnee	– reducerea frecvenţei respiraţiei
Tahipnee	– creşterea frecvenţei respiraţiei
Amplitudine modificată	– respiraţie superficială sau profundă
Hiperventilaţie	– pătrunderea unei cantităţi mari de aer în plămâni
Hipoventilaţie	– pătrunderea unei cantităţi mici de aer în plămâni
Tuse	– expiraţie forţată, ce permite degajarea căilor respiratorii superioare de secreţii acumulate
Hemoptizie	– hemoragie exteriorizată prin cavitatea bucală, provenind de la nivelul căilor respiratorii – plămâni
Mucozităţi (spută)	– amestec de secreţii din arborele traheo-bronşic, formate din mucus, puroi, sânge, celule descuamate

Dispnee de tip Cheyne-Stokes	– respirație din ce în ce mai frecventă ajunsă la un grad maxim, după care frecvența scade treptat și este urmată de o perioadă de apnee. Ciclul se reia.
Dispnee Küsmaul	– inspirație lungă urmată de o expirație forțată, apnee. Ciclul se reia.
Zgomote respiratorii	– sunt de diferite tipuri: crepitante, romflante, sibilante
Cianoză	– tegumente vinete la nivelul extremităților: nas, buze, lobul urechii, unghii

3. Obstrucția căilor repiratorii

Poate fi produsă de procesele inflamatorii ale căilor respiratorii, dar și de prezența unor corpi străini, pătrunși accidental în căile respiratorii – îndeosebi la copii – ca și de deformări ale nasului.

Manifestări de dependență

respirație dificilă pe nas	– bolnavul respiră pe gură
secreții abundente nazale	– secreții mucoase, purulente sau sanguinolente, care împiedică respirația
epistaxis	– hemoragie nazală
deformări ale nasului	– deviație de sept, traumatisme
strănut	– expirare forțată
aspirație pe nas	– smiorcăit
tuse	– cu caracter de tuse uscată sau umedă, persistentă
cornaj	– zgomot inspirator cu caracter de șuierătură, auzibil de la distanță
tiraj	– depresiune inspiratorie a părților moi ale toracelui supra sternal, epigastru, intercostal

- Intervențiile asistentei -

Pacientul cu deficiențe respiratorii

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să respire liber, pe nas	*– la nivelul nasului* – îndepărtează secrețiile nazale – umezește aerul din încăpere – asigură un aport suficient de lichide pe 24 de ore
Pacientul să nu devină sursă de infecție	– educă pacientul pentru a folosi batista individuală, de unică folosință – educă pacientul pentru a evita împrăștierea secrețiilor nazale
Oprirea epistaxisului	– așază pacientul în decubit dorsal, cu capul în hiperextensie – comprimă cu policele, pe septul nazal, nara care sângerează timp de 5-10 minute – aplică comprese reci pe frunte, nas sau ceafă – recomandă pacientului să nu-și sufle nasul
Pacientul să prezinte mucoase respiratorii umede și integre	*– la nivelul faringelui și laringelui* – umezește aerul din încăpere – recomandă pacientului repaus vocal absolut – favorizează modalități de comunicare nonverbală
Pacientul să înghită fără dificultate	– întrerupe alimentația solidă – recomandă gargară cu soluții antiseptice – alimentează pacientul cu lichide călduțe
Pacientul să fie echilibrat psihic	– pregătește psihic pacientul, în vederea aplicării tehnicilor de îngrijire și în vederea aspirării secrețiilor bronșice
Pacientul să prezinte rezistență crescută față de infecție	– învață pacientul să evite schimbările bruște de temperatură și de asemenea, aglomerațiile
Pacientul să prezinte căi respiratorii permeabile și o bună respirație	*– la nivelul plămânului și bronhiilor* – învață pacientul să tușească, să expectoreze și să colecteze sputa – umezește aerul din încăpere cu apă alcoolizată – aspiră secrețiile bronșice, dacă este cazul – învață pacientul să facă gimnastică respiratorie – asigură poziția șezând sau semișezând a pacienților cu dispnee

	– învaţă pacientul să renunţe la obiceiurile dăunătoare (fumat) – administrează tratamentul prescris: antitusive, expectorante, bronhodilatatoare, decongestionante ale mucoasei traheo-bronşice
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asigură poziţie antalgică – învaţă pacientul să utilizeze tehnici de relaxare – pregăteşte psihic pacientul, în vederea oricărei tehnici la care va fi supus (puncţii, examene radiologice, endoscopice)

„Fiecare are vârsta arterelor sale"
(Cazali)

B. CIRCULAŢIA*

Definiţie

Circulaţia este funcţia prin care se realizează mişcarea sângelui în interiorul vaselor sanguine, care are drept scop transportul substanţelor nutritive şi a oxigenului la ţesuturi, dar şi transportul produşilor de catabolism de la ţesuturi la organele excretoare.

Un rol important îl deţin sângele şi limfa, cuprinse în sistemul circular, şi inima, în condiţii de integritate anatomică şi funcţională.

Asistenta medicală supraveghează circulaţia prin urmărirea pulsului şi a tensiunii arteriale.

I. *Independenţa în satisfacerea circulaţiei*

a) *PULSUL*

Reprezintă expansiunea ritmică a arterelor, care se comprimă pe un plan osos şi este sincronă cu sistola ventriculară. Pulsul ia naştere din conflictul dintre sângele existent în sistemul arterial şi cel împins în timpul sistolei. Acest conflict se exteriorizează prin destinderea ritmică a arterei.

Factorii care influenţează pulsul

Factori biologici	– *vârsta* – la copilul mic, frecvenţa este mai crescută decât la adult; de asemenea, la vârstnici – *înălţimea corporală* – persoanele mai scunde au frecvenţa pulsului mai mare decât a celor înalte

* Deoarece în practică ne întâlnim frecvent cu situaţii în care modificările respiratorii determină şi modificări ale parametrilor cardiovasculari (puls, tensiune arterială) şi invers am considerat necesar să tratăm nevoia de a avea o bună circulaţie, împreună cu însăşi nevoia de a respira.

	– *somnul* – frecvența pulsului în timpul somnului este mai redusă – *alimentația* – în timpul digestiei, frecvența pulsului crește – *efortul fizic* – determină creșterea frecvenței pulsului, care scade după încetarea efortului
Factori psihologici	– emoțiile – plânsul – mânia } produc creșterea frecvenței pulsului
Factori sociali	– *mediul ambiant* – prin concentrația în oxigen a aerului inspirat, influențează frecvența pulsului

Manifestările de independență

Frecvența **Sfigmogramă**	Reprezintă numărul de pulsații pe minut – la nou-născut ⇨ 130-140 pulsați/minut – la copilul mic ⇨ 100-120 pulsații/minut – la 10 ani ⇨ 90-100 pulsații/minut – la adult ⇨ 60-80 pulsații/minut – vârstnic ⇨ peste 80-90 pulsații/minut a) anacrotă; b) catacrotă; c) inflexiune dicrotă
Ritm	– pauzele dintre pulsații sunt egale, pulsul este ritmic
Amplitudine (volum)	– este determinată de cantitatea de sânge existentă în vase – este mai mare cu cât vasele sunt mai aproape de inimă – la arterele simetrice, volumul pulsului este egal
Tensiunea pulsului	– este determinată de forța necesară în comprimarea arterei, pentru ca unda pulsatilă să dispară
Celeritatea	– reprezintă viteza de ridicare și coborâre a undei pulsatile
Colorația tegumentelor	– colorație roz a tegumentelor inclusiv a extremităților – tegumentele sunt calde

b) *TENSIUNEA ARTERIALĂ*

Reprezintă presiunea exercitată de sângele circulant asupra pereților arteriali. Factorii care determină tensiunea arterială:
- debitul cardiac
- forța de contracție a inimii
- elasticitatea și calibrul vaselor
- vâscozitatea sângelui

Tensiunea scade de la centru spre periferie.

Factorii care influențează tensiunea arterială

Factori biologici	– *vârsta* – tensiunea este mai mică la copil și crește pe măsură ce înaintează în vârstă; se stabilește la adult; crește ușor la persoana vârstnică – *somnul* – tensiunea arterială în timpul somnului este mai mică decât în perioada de veghe – *activitatea* – diurnă produce o creștere a tensiunii arteriale; de asemenea, efortul fizic produce creșterea tensiunii arteriale, cu revenirea la valorile inițiale după încetarea acestuia **încetarea acestuia** Variația valorilor tensionale la o persoană normotensivă/24h
Factori psihologici	– *emoțiile*, bucuriile, anxietatea determină creșterea tensiunii arteriale
Factori sociologici	– *climatul*: – frigul produce vasoconstricție deci, și creșterea tensiunii arteriale – căldura produce vasodilatație deci, și scăderea tensiunii arteriale

Manifestări de independență

	Vârsta	T.A. max	T.A. min.
Tensiunea maximă se obține în timpul sistolei ventriculare	1-3 ani	75-90	50-60 mmHg
	4-11 ani	90-110	60-65 mmHg
Tensiunea minimă se obține în timpul diastolei	12-15 ani	100-120	60-75 mmHg
	adult	115-140	75-90 mmHg
	vârstnic	peste 150	peste 90 mmHg

Tensiunea diferențială reprezintă diferența T.A. max. T.A. min	Ex. T.A. dif. = T.A. max. 140 – T.A. min. 80 = 60 mmHg
Menținerea raportului între T.A. max. și T.A. min.	$\text{T.A. min} = \frac{\text{T.A. max.}}{2} + 1 \text{ sau } 2$

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței circulației sanguine

educă pacientul: – pentru asigurarea condițiilor igienice din încăpere (aerisire) – să-și mențină tegumentele curate, integre – să aibă o alimentație echilibrată, fără exces de grăsimi, de clorură de sodiu – să evite tutunul, consumul exagerat de alcool – să evite sedentarismul – să poarte îmbrăcăminte lejeră, care să nu stânjenească circulația

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Circulația inadecvată

Manifestări de dependență

Tegumente modificate	– reci, palide, datorită irigării insuficiente a pielii – cianotice – colorație violacee a unghiilor, buzelor, lobului urechii
Modificări de frecvență a pulsului	– tahicardie = creșterea frecvenței pulsului – bradicardie = scăderea frecvenței pulsului
Modificări de volum ale pulsului	– puls filiform, cu volum foarte redus, abia perceptibil – puls asimetric – volum diferit al pulsului la artere simetrice
Modificări de ritm ale pulsului	– puls aritmic = pauze inegale între pulsații – puls dicrot = se percep două pulsații, una puternică și alta slabă, urmată de pauză

Modificări ale tensiunii arteriale	– hipertensiune arterială = creşterea T.A. peste valorile normale – hipotensiune arterială = scăderea T.A. sub valorile normale – modificări ale T.A. diferenţiale = variaţiile T.A. max. şi T.A. min. nu se fac paralel – T.A. diferită la segmente simetrice (braţ stâng, drept)
Hipoxemie **Hipoxie**	– scăderea cantităţii de oxigen din sânge – diminuarea cantităţii de oxigen în ţesuturi

Surse de dificultate

De ordin fizic	– alterarea muşchiului cardiac, a pereţilor arteriali, venoşi; obstrucţii arteriale; supraîncărcarea inimii
De ordin psihologic	– anxietatea, stresul, situaţia de criză
Lipsa cunoaşterii	– cunoştinţe insuficiente despre alimentaţia echilibrată, despre sine, despre alţii, despre obieceiurile dăunătoare

- Intervenţiile asistentei -

Pacientul cu circulaţie inadecvată

OBIECTIVE	INTERVENŢII AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să prezinte circulaţie adecvată	– învaţă pacientul: • să întrerupă consumul de tutun, alcool • să aibă alimentaţie bogată în fructe, zarzavaturi • să reducă grăsimile şi clorura de sodiu din alimentaţie – administrează medicaţia prescrisă: tonice cardiace, antiaritmice, diuretice, vasodilatatoare, hipotensoare, antianginoase, anticoagulante – urmăreşte efectul medicamentelor – aplică tehnici de favorizare a circulaţiei: exerciţii active, pasive, masaje
Pacientul să fie echilibrat psihic	– informează pacientul asupra stadiului bolii sale, asupra gradului de efort pe care poate să-l depună, asupra importanţei continuării tratamentului medicamentos

TEST DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR

Nevoia de a respira şi a avea o bună circulaţie

A. Înlocuiţi termenul care lipseşte

1.________reprezintă numărul de respiraţii/minut

2.________este o respiraţie forţată, prin care________ din căile respiratorii

3. Asistenta recomandă________ obiceiurilor dăunătoare pentru a menţine o_____ şi circulaţie__________

4. O funcţionare bună a aparatului cardiovascular depinde de______care pompează sângele, ________ şi sănătatea__________ care transportă sângele la ţesuturi

5. În evaluarea tensiunii arteriale se apreciază valorile tensiunii __________, a tensiunii_____ şi________

6. Concentraţia oxigenului în aerul inspirat este________________ .

7. Între tensiunea arterială maximă şi minimă este un raport de__________

8. Dispneea de tip Küsmaul se caracterizează prin inspiraţie ______________ şi expiraţie_________, urmată de apnee.

B. Enumeraţi 5 manifestări de dependenţă privind circulaţia sângelui şi respiraţia

C. Indicaţi dacă următoarele *afirmaţii* sunt *adevărate* sau *false*:

1. Respiraţia este influenţată de postură, somn, exerciţiul fizic.
2. Respiraţia la copii este de tip costal superior.
3. Apneea reprezintă accelerarea respiraţiei.
4. Alterarea vocii este cauzată de obstacolele pătrunse accidental în fosele nazale.
5. Dispneea de tip Cheyne-Stokes este o inspiraţie lungă urmată de o expiraţie forţată.
6. Frecvenţa pulsului la persoanele vârstnice scade sub 60 puls/minut
7. Cianoza este un semn grav, care arată lipsa oxigenului la nivelul ţesuturilor.
8. Pentru favorizarea unei circulaţii adecvate, se impune ca pacientul să reducă consumul de glucide, să nu depună eforturi.
9. Anxietatea pacientului cu tulburări circulatorii se ameliorează informându-l asupra stării sale şi asupra regulilor de viaţă pe care trebuie să le respecte.
10. Calitatea aerului inspirat, umiditatea lui nu influenţează respiraţia.

RĂSPUNSURI

Setul A

1. frecvenţa
2. tusea; se elimină secreţiile
3. abandonarea; respiraţie; adecvată
4. sănătatea inimii; volumul sângelui; vaselor
5. maxime; minime; diferenţiale
6. 21%
7. T.A. min. = $\frac{\text{T.A. max.}}{2}$ +1 sau 2
8. lungă; bruscă

Setul B

– dispnee	– puls filiform
– cianoză	– bradicardie
– tuse	– hipotensiune arterială
– tahipnee	– hipertensiune arterială
– bradipnee	– piele rece, palidă

Setul C

1.– A
2. – F
3. – F
4. – F
5. – F
6. – F
7. – A
8. – F
9. – A
10. – F

„În esență, alimentația rațională a bolnavului nu se deosebește de a unui om sănătos care se hrănește rațional".
(I. Gonțea)

2. NEVOIA DE A BEA ȘI A MÂNCA

Definiție

Oricărui organism îi este necesar să ingereze și să absoarbă alimente de bună calitate și în cantitate suficientă, pentru a-și asigura dezvoltarea, întreținerea țesuturilor și pentru a-și menține energia indispensabilă unei bune funcționări.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Pentru a se menține sănătoasă, ființa umană are nevoie de o cantitate adecvată de alimente, conținând elementele nutritive indispensabile vieții. Cantitatea și natura alimentelor nutritive sunt în funcție de: sex, vârstă, greutate, înălțime, activitatea depusă, starea de sănătate sau de boală.

O alimentație adecvată trebuie să conțină toți factorii necesari menținerii vieții și asigurării tuturor funcțiilor organismului în condiții normale: **glucide, proteine, lipide, vitamine, apă, săruri minerale.**

Hidrații de carbon (glucide) – reprezintă sursa principală energetică a organismului. Digerarea și asimilarea lor nu solicită organismului prea mult, de aceea este bine ca 50% din necesitățile calorice ale organismului să se asigure prin hidrați de carbon, dacă nu există o contraindicație în ceea ce privește aportul lor (diabet zaharat, colită de fermentații, obezitate).

La copii, aportul de glucide trebuie mărit în boli febrile, cașexie, denutriție, afecțiuni hepatice și renale.

Necesarul: 4-6 g/kg corp/24h

Proteinele – reprezintă materialele plastice ale organismului, ele înlocuind substanțele distruse prin uzura fiziologică sau patologică. Ele reprezintă, în același timp, o sursă importantă de energie și constituie materia primă a fermentaților și a hormonilor.

Necesarul: 4-6 g/kg corp/24h

Aportul insuficient de lungă durată, al substanțelor proteice, determină scăderea proteinelor plasmatice, distrugerea parenchimului hepatic, apariția unei anemii și, prin reducerea presiunii coloid-osmotice a sângelui, retenția apei în organism, cu formare de edeme.

Creșterea cantității de proteine este indicată în sarcină și alăptare, arsuri, anemii, evacuări pleurale și abdominale, postoperator.

Scăderea cantității este indicată în boli renale, afecțiuni febrile.

Lipidele – au valoare calorică mare, alimentele pe această bază având calități energetice mari, într-un volum mic. Pe lângă rolul lor energetic, lipidele intră și în compoziția țesutului nervos și a stromei eritrocitare, iar sub formă depozitară, reprezintă rezervele de energie ale organismului și țesutului de susținere pentru organele interne.

Necesarul este de 1-2 g/kg corp/24 h

Rația de grăsimi se va reduce în cazul tulburărilor în metabolismul lor, în insuficiența glandelor care intervin în digestia și metabolizarea lor (insuficiență pancreatică, hepatică, nefroză lipoidică, diabet zaharat, obezitate), boli febrile.

Rația de grăsimi se mărește în stări de subnutriție, hipertiroidism (datorită arderilor exagerate).

Vitaminele – sunt necesare menținerii metabolismului normal al organismului. Nevoia de vitamine crește în timpul activității celulare exagerate (majoritatea îmbolnăvirilor).

Necesitățile normale de vitamine pot ajunge până la 150 mg vitamina C; 25 mg vitamina B_1, 6 mg vitamina B_6, 8 mg vitamina PP și 20 mg vitamina K, ceea ce se asigură prin consumarea fructelor, legumelor, salatelor, sucurilor de fructe.

Apa și sărurile minerale – în apă, se petrec toate reacțiile biochimice din organism, sărurile minerale fiind necesare ca substanțe structurale și catalizatoare.

Necesitățile zilnice de apă ale organismului sănătos variază între 2500-3000 ml; ele se acoperă prin lichidele ingerate și arderea hidraților de carbon și a grăsimilor.

Odată cu nevoile de apă, se satisfac și nevoile de săruri minerale. Organismul sănătos necesită în 24 ore: 4 g Na; 3-4 g K; 2 g Ca; 0,15 g Mg; 18 mg Fe; 6 g Cl.

Satisfacerea nevoilor de apă și săruri minerale trebuie să se facă în mod proporționat; altfel, organismul rămâne în dezechilibru hidromineral.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *vârsta și dezvoltarea* – nevoile alimentare sunt variabile în funcție de perioada de creștere și dezvoltare: copil, adolescent, adult, vârstnic – *activități fizice* – cu cât activitatea musculară este mai mare, cu atât crește metabolismul și, implicit aportul alimentar – *orarul și repartizarea meselor* – un program regulat al meselor este recomandat tuturor indivizilor; intervalul între mese este în funcție de vârstă

Factori psihologici	– *emoțiile* – (griji sau bucurie) influențează consumul de hrană, astfel că unii indivizi își pierd apetitul, iar alții reacționează consumând mai multe alimente – *anxietatea* – hrănirea este strâns legată de satisfacerea unei nevoi de securitate, de dragoste și de bunăstare
Factori sociologici	– *climatul* – iarna, indivizii au nevoie de mai multe calorii (mese calde și nutritive), iar vara, sunt preferabile mesele ușoare și o cantitate crescută de lichide – *statutul socio-economic* – deprinderile alimentare bune se formează din fragedă copilărie și, uneori, pot fi influențate de apartenența la un grup social, sărăcia influențează negativ satisfacerea nevoii – *religia* – în funcție de apartenența lor religioasă, indivizii au anumite ritualuri alimentare: post urmat de sărbători mari, interzicerea consumului unor alimente (carne de porc, cafea, alcool), dar și prepararea și servirea alimentelor după un anumit ritual – *cultura* – alimentația este strâns legată de tradițiile și superstițiile fiecărei culturi.

Manifestări de independență

Cavitatea bucală	– dentiție bună – proteză dentară adaptată și în stare bună – mucoasa bucală roz și umedă – limba roz – gingii roz și aderente dinților
Masticația	– ușoară, eficace – gura închisă
Reflex de deglutiție	– prezent
Digestie	– lentă – nestingherită
Deprinderi alimentare	– programul meselor (3 mese și 2 gustări) – 10 ore repaus nocturn
Apetit	– poftă de mâncare – senzație agreabilă, tradusă prin dorința de hrană

Foame	– senzaţie dezagreabilă, tradusă prin nevoia de a mânca
Saţietate	– senzaţie de plenitudine, resimţită de individ atunci când nevoia de hrană este satisfăcută
Hidratare	– consum de lichide în funcţie de nevoie
Gust şi valoare acordate mâncării	– alegerea alimentelor – servirea mesei singur sau în grup – tradiţii – obiceiuri alimentare – educaţie

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei în satisfacerea nevoii

– asistenta calculează necesarul de calorii pe 24 ore, în funcţie de: *activitate:*
  – în repaus, 25 cal./kg corp/ 24 h
  – activitate uşoară:
  35-40 cal./kg corp/24h
  – activitate medie:
  40-45 cal./kg corp/24 h
  – activitate intensă: 45-60 cal./kg corp/24 h
– calculează necesarul de calorii pe 24 h, în funcţie de *vârstă*
  – plus 20-30% pentru copii (nevoie de creştere)
  – minus 10-15% pentru vârstnici
– calculează raţia alimentară echilibrată:
  – număr de calorii în funcţie de vârstă şi activitate
– asigură echilibrul între elementele energetice şi cele neenergetice (apă, vitamine, săruri minerale)
– asigură echilibrul între principiile nutritive fundamentale astfel: 50-55% hidraţi de carbon, 10-15% proteine; 30-40% lipide
– asigură echilibrul între produsele de origine animală şi vegetală:
  – 40% proteine de origine animală
  – 60% proteine de origine vegetală
  – 35% lipide de origine animală
  – 65% lipide de origine vegetală
– asigură echilibrul între aciditate şi alcalinitate
– calculează numărul de calorii/kg corp/24h în stări fiziologice: sportivi, sarcină şi alăptare: + 30%
  – raţia alimentară să cuprindă alimente din toate grupele ghidului alimentar, cunoscând valoarea energetică a principiilor alimentare:
    – glucide: 4,1 cal. prin metabolizarea unui gram

– lipide: 9,3 cal. prin metabolizarea unui gram
– proteine: 4,1 cal. prin metabolizarea unui gram
– cercetează gusturile şi deprinderile alimentare ale individului
– alege alimentele ţinând seama de preferinţele, deprinderile şi nevoile pacientului
– înlocuieşte, la nevoie, un aliment cu altul, conform echivalenţelor cantitative şi calitative ale diferitelor principii alimentare

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Când această nevoie nu este satisfăcută, survin următoarele probleme de dependenţă:

1. **Alimentaţia inadecvată prin deficit**
2. **Alimentaţia inadecvată prin surplus**
3. **Dificultate de a se alimenta şi hidrata**
4. **Dificultate de a urma dieta**
5. **Greţuri sau vărsături**
6. **Refuz de a se alimenta hidrata**

} anexele 3 şi 6

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– alterarea mucoaselor căilor digestive şi a peristaltismului intenstinal – alterarea parenchimului hepatic sau a căilor biliare – obstrucţii, tumori, strangulări – tubaj nazo-gastric – supraîncărcare: intoxicaţii alcoolice, abuz de medicamente – dezechilibre: durere dezechilibre metabolice electrolitice, endocrine neurologice
Surse de ordin psihologic	tulburări de gândire – anxietate – stres – situaţii de criză
Surse de ordin sociologic	– foame – insalubritate – malnutriţie
Lipsa cunoaşterii	– lipsa de cunoştinţe – insuficienta cunoaştere de sine, a celorlalţi, a mediului înconjurător

Prezentăm două probleme de dependență:

1. Alimentație inadecvată prin deficit

Deficitul este un aport insuficient de elemente nutritive, o insuficiență în cantitate și calitate, care afectează starea nutrițională a individului. Sunt implicați o serie de factori, printre care: proaste obiceiuri în legătură cu alimentația, boli organice și psihice, intoxicații alcoolice, medicamentoase etc.

Insuficiența aportului alimentar și lichidian determină tulburări la nivelul funcționării tuturor aparatelor și sistemelor organismului (denutriție, deshidratare).

Manifestări de dependență

Anorexie	– lipsa poftei de mâncare
Disfagie	– greutate la înghițire
Condiția cavității bucale	– absența dinților, carii dentare, gingivite – ulcerații ale buzelor, ale mucoasei bucale – limbă încărcată, depunere saburală, glosite – dificultate în masticație
Starea tegumentelor	– tegumente uscate, pierderea elasticității – acnee, dermatită
Digestie	– dificultate în digestia și absorbția alimentelor – greață, vărsătură – regurgitații – aerofagie, pirozis
Deprinderi alimentare	– greșeli în prepararea alimentelor – greșeli în alegerea alimentelor – orar nesatisfăcător al meselor – pierderea obișnuinței prin schimbarea condițiilor de mediu
Hidratare	– consum redus de lichide și săruri minerale – pierdere în greutate
Semne de dezechilibru	– slăbiciune – tegumente și mucoase uscate – urini concentrate
Gust și valoare acordate mâncării	– dezordonat – mănâncă în picioare sau în pat – obiceiuri greșite (consumă numai un fel, numai rece etc.)

- Intervenția asistentei -

Pacientul cu alimentație inadecvată (deficit)

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI
Pacientul să aibă o stare de bine, fără grețuri și vărsături	– așază pacientul în poziția semișezând, șezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte – protejează lenjeria cu mușama și aleză, în funcție de poziția pacientului – ajută pacientul în timpul vărsăturilor, sprijinindu-l – îl învață să inspire profund – aplică tratamentul medicamentos: antiemetice, vitamine, săruri minerale – încurajează pacientul – reduce sau oprește aportul de lichide și alimente
Pacientul să fie echilibrat hidro-electrolitic	– alimentează pacientul parenteral, instituind perfuzii cu glucoză 5%, 10%, 20%, 33%, 40%; hidrolizate de proteine și amestecuri de aminoacizi (Marisang, Aminomel), vitamine și electroliți, după indicația medicului – calculează numărul de calorii în funcție de diferite stări patologice; adaugă 13% pentru fiecare grad de temperatură peste 37°C; 20-30% pentru agitație, convulsii, distrucții celulare – după încetarea vărsăturilor, rehidratează pacientul treptat, cu cantități mici de lichide reci, oferite cu lingurița – explorează gusturile și obiceiurile alimentare ale pacientului – conștientizează pacientul asupra importanței regimului alimentar în menținerea sănătății – face bilanțul lichidelor ingerate și eliminate
Pacientul să fie echilibrat nutrițional	– explorează preferințele pacientului asupra alimentelor permise și interzise – servește pacientul cu alimente la o temperatură moderată, la ore regulate și prezentate atrăgător – învață pacientul categoriile de alimente din ghidul alimentar și echivalențele cantitative și calitative ale principiilor alimentare, în vederea înlocuirii unui aliment cu altul – 100 g de glucide sunt cuprinse în: 100 g zahăr; 120 g orez; 135 g tăiței; 200 g pâine; 450 g fructe uscate; 200 g legume uscate; 500 g cartofi; 650 g fructe proaspete

	– 100 g proteine sunt cuprinse în: – 3000 ml lapte 450 g carne albă (pasăre, vițel), 650 g pește, 400 g brânză – 100 g lipide sunt cuprinse în aceeași cantitate de ulei vegetal, unt, untură de porc – lasă pacientul să aleagă alimentele după gusturile sale, respectând contraindicațiile regimului
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asigură un climat cald, confortabil – încurajează pacientul – îi explică scopul intervențiilor

2. Alimentația inadecvată prin surplus

Surplusul este un aport alimentar exagerat cantitativ și calitativ.

Toți indivizii care consumă elemente nutritive în exces, peste necesitățile energetice ale organismului, se îngrașă și devin obezi. Surplusul de greutate are repercusiuni asupra funcționării organelor și sistemelor organismului. Un individ poate ingera o cantitate mare de alimente din mai multe motive: stres, anxietate, singurătate, tulburări psihice, dezechilibru endocrin sau alte dezordini organice.

Manifestări de dependență

Indice ponderal: +15-20%	– greutate corporală cu 15-20% mai mare decât greutatea ideală; greutatea ideală se calculează cu formula: $Gkg = 50 + 0{,}75\ (Tcm-150) + \frac{V-20}{4} \times 0{,}9$ unde Gkg = greutate corporală exprimată în kg Tcm = talia, exprimată în cm V = vârsta exprimată în ani 0,9 = factor de corecție care se aplică numai la femei – îngrășare
Bulimie	– senzație exagerată de foame: mănâncă fără control
Polifagie	– nevoie exagerată de a mânca și absența sentimentului de sațietate
Grețuri și vărsături	– eliminare pe gură, parțial sau în totalitate, a conținutului gastric

- Intervenții -

Pacientul cu alimentație inadecvată (surplus)

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI
Pacientul să aibă greutate corporală în funcție de înălțime, vârstă, sex	– asistenta explorează gusturile bolnavului la diferite categorii de alimente – învață bolnavul valoarea energetică a alimentelor și necesarul în funcție de activitățile fizice și vârstă – alcătuiește un regim alimentar hipocaloric – urmărește bolnavul să consume numai alimentele cuprinse în regim – urmărește orarul și distribuția meselor – urmărește, periodic, greutatea corporală
Pacientul să desfășoare activitate fizică crescută	– conștientizează bolnavul de importanța activităților fizice moderate – stabilește un program de activități fizice, în funcție de gusturi și capacitate, împreună cu bolnavul
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asistenta permite exprimarea emoțiilor, a sentimentelor bolnavului – îl învață metode de relaxare – la nevoie, administrează medicație sedativă

TEST DE EVALUARE A CUNOȘTINȚELOR

Nevoia de a bea și a mânca

A. Înlocuiți termenul care lipsește:

1. Pentru a aprecia satisfacerea nevoii, se va observa la pacient__________, setea și starea______.
2. Alimentația inadecvată se poate manifesta prin alimentație în__________ și în______________.
3. Surplusul alimentar se manifestă prin________________, dar și prin greață și______________.
4. Rația echilibrată va cuprinde elemente________________și___________apă și__________ și vitamine.
5. Nevoile calorice ale unei persoane cu activitate ușoară sunt de______________ pe kg corp/24 h.
6. Regimul desodat este recomandat bolnavilor____________________ și_______________.
7. Modurile de alimentare ale bolnavilor sunt__________________ și _______________, în funcție de problemele pacientului.
8. În timpul alimentației pasive, asistenta urmărește________________________ pentru a preveni pătrunderea alimentelor în căile respiratorii.
9. Alimentarea artificială se recoamandă bolnavilor cu________________ negativism alimentar_______________________, în perioada postoperatorie imediată.
10. Alimentația este influențată de factori___________,____________,_____________ economici.

B. Indicați dacă enunțurile următoare sunt adevărate sau false:

1. Alimentația nu este influențată de vârstă
2. Necesarul de proteine la adultul sănătos este de 4-6 g/kg corp/24 h
3. Vitaminele au rol plastic

4. Sărurile minerale sunt constituente ale unor organe şi sisteme
5. Elementele neenergetice din raţia alimentară trebuie să fie în echilibru cu cele energetice
6. Polifagia este nevoia excesivă de a mânca şi absenţa sentimentului de saţietate
7. Prin metabolizarea unui gram de lipide, se obţin 4,1 cal.
8. Alimentarea parenterală pe cale i.v. se face cu substanţe care au o valoare calorică ridicată
9. 100 g proteine pot fi asigurate din 200 g legume uscate, 500 g cartofi
10. Regimul renal este hipoproteic, hiperglucidic, normo sau hiperlipidic, hiposodat.

C. Încercuiţi răspunsul corect

1. Bulionul alimentar pentru alimentarea prin sondă gastrică trebuie să aibă:
   a) 25 grade C
   b) omogenitate
   c) valoare energetică şi plastică
2. Un bolnav în repaus absolut la pat necesită:
   a) 30 cal./kg corp/24 h
   b) 25 cal./kg corp/24 h
   c) 35 cal./kg corp/24 h
3. Pe cale i.v., pot fi administrate pentru alimentare soluţii:
   a) hipotonice
   b) izotonice
   c) hipertonice
4. Ritmul de administrare a soluţiilor perfuzabile (pentru alimentare) depinde de:
   a) natura şi concentraţia preparatelor
   b) starea bolnavului
   c) vârsta pacientului
5. Calcularea necesarului de calorii depinde de:
   a) greutatea corporală
   b) activitatea depusă
   c) vârsta
6. Alimentarea bolnavilor inapetenţi se face cu:
   a) alimente hiperzaharate
   b) sucuri de fructe
   c) bulion de legume
7. Raţia alimentară echilibrată la adult va cuprinde:
   a) 400 g glucide în 24 h
   b) 70g proteine în 24 h
   c) 200g lipide în 24 h
8. Regimul alimentar hidrozaharat este:
   a) hipocaloric
   b) hipercaloric
   c) normocaloric
9. Alimentarea artificială prin sondă gastrică se face la bolnavii:
   a) inconştienţi
   b) cu stricturi esofagiene
   c) intoxicaţi cu substanţe caustice
10. Alimentarea parenterală pe cale i.v. se face cu substanţe care:
   a) au valoare calorică ridicată
   b) sunt utilizate direct de ţesuturi
   c) au proprietăţi antigenice

Testul A
1. apetitul de nutriție
2. deficit, surplus
3. creştere ponderală, vărsături
4. organice, anorganice, minerale
5. 35-40 calorii/kg corp/24h
6. renali, cardiaci
7. activ, pasiv artificial
8. masticația, deglutiția
9. tulburări de deglutiție, inconștienți
10. biologici, psihologici, sociologici

Testul B
1. fals
2. fals
3. fals
4. adevărat
5. adevărat
6. adevărat
7. fals
8. adevărat
9. fals
10. adevărat

Testul C
1. b, c
2. b
3. a, b, c
4. a, b
5. a, b, c
6. b, c
7. a, b
8. a
9. a
10. a, b

3. NEVOIA DE A ELIMINA

Eliminarea reprezintă necesitatea organismului de a se debarasa de substanțele nefolositoare, vătămătoare, rezultate din metabolism.

Excreția deșeurilor se realizează prin mai multe căi:
- aparat renal – urină
- piele – transpirație – perspirație
- aparat respirator
- aparat digestiv – scaun
- aparat genital feminin – menstruație
- în stări **patologice**, apar eliminări pe cale digestivă, sub formă de vărsături și pe cale respiratorie – spută

Generalități

Menținerea constantă a compoziției mediului intern se realizează prin procesul de homeostazie. Toate schimbările volumului extracelular antrenează modificări în compoziția lichidelor celulare de unde rezultă importanța menținerii constante a compoziției mediului intern.

Rinichii fiind organe principale ale homeostaziei menţin compoziţia chimică a lichidelor din organism la un nivel normal, menţin echilibrul hidric, hidroelectrolitic şi acido-bazic al mediului intern şi debarasează organismul de produsele toxice rezultate din metabolism.

Substanţele folositoare organismului (sodiul şi apa) sunt absorbite prin osmoză.

Prin rolul său de excepţie, pielea completează eliminarea renală.

Un rol important îl au plămânii, care controlează CO_2 şi O_2.

Organismul trebuie de asemenea să se debaraseze de deşeurile rezultate în urma digestiei (fibre celulozice, pigmenţi biliari, celule descuamate de la nivelul tubului digestiv, etc.).

Şi alte substanţe nefolositoare trebuie eliminate; spre exemplu, la femei, de la pubertate la menopauză, se elimină o secreţie sanguină menstruală, ce se produce la sfârşitul fiecărui ciclu menstrual, dacă ovulul nu a fost fecundat.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Alimentaţia* – cantitatea şi calitatea alimentelor ingerate de individ influenţează satisfacerea nevoii de eliminare. – o bună hidratare şi o alimentaţie bogată în reziduuri (legume, fructe, cereale) facilitează eliminarea intestinală şi vezicală – mesele luate la ore fixe favorizează ritmul eliminărilor – *Exerciţiile* – activitatea fizică ameliorează randamentul muscular – fortifică musculatura abdominală şi pelvină, care au un rol important în eliminarea intestinală – *Vârsta* – are rol important în satisfacerea nevoii dacă ţinem seama de controlul sfincterelor – la copii, controlul se obţine în 2-3 ani – la persoanele vârstnice, diminuarea tonusului musculaturii abdominale poate provoca lipsa de control a eliminării – la bărbaţi, hipertrofia prostatei determină tulburări de micţiune – *Programul de eliminare intestinală* – regularitatea programului de eliminare este un factor ce influenţează satisfacerea acestei nevoi – momentul ales pentru defecare poate varia de la un individ la altul

Factori psihologici	– *Stresul* – *Anxietatea* – *Emoțiile* puternice – pot modifca frecvența, cantitatea și calitatea eliminării urinare și intestinale
Factori sociologici	– Normele sociale – fiecare societate își stabilește măsuri de igienă, astfel încât indivizii să respecte salubritatea locurilor publice – Educația – Cultura

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

URINA: soluție apoasă, prin care sunt eliminate substanțele rezultate din metabolismul intermediar protidic, inutile și toxice pentru organism

Generalități: Prin urină se elimină din organism substanțele toxice. Eliminarea acestor substanțe se face în soluție apoasă împreună cu săruri minerale și alte substanțe de dezasimilație care nu sunt necesare organismului.

În mecanismul de eliminare intervin, alături de rinichi și tubul digestiv, ficatul, glandele cu secreție internă, starea funcțională a aparatului circulator – toate fiind influențate de activitatea sistemului nervos.

De aici se vede interacțiunea între nevoia de a elimina și celelalte nevoi fundamentale.

Terminologie:

– micțiune = emisiune de urină, act fiziologic conștient de eliminare
– diureză = cantitatea de urină eliminată din organism timp de 24 ore

Manifestări de independență

cantitatea	– variază în funcție de vârstă: – nou-născut 30-300 ml/24 h – copii 500-1200 ml/24 h – adult 1200-1400 ml/24 h... 1800ml/24 h
frecvența micțiunilor	– nou-născut – micțiuni frecvente – copil 4-5/zi – adult 5-6/zi – vârstnic 6-8/zi
ritmul micțiunilor	– 2/3 din numărul micțiunilor în timpul zilei, 1/3 noaptea

culoarea urinei	– galben deschis până la galben închis. Cu cât urina va fi mai diluată cu atât va fi mai deschisă și invers (până la galben-închis spre brun). – modificare în funcție de alimente: – culoarea închisă = în regim bogat în carne – culoare deschisă = în regim vegetarian – medicamentele schimbă culoarea astfel: – roz, roșu-cărămiziu = tratament cu piramidon – albastru-verde = tratament cu albastru de metilen – cafeniu-roșu sau brun negru = tratament cu chinină sau acid salicilic
mirosul urinei	– de bulion = urină proaspătă – amoniacal = după un timp din cauza fermentației alcaline
reacția urinei	– normal = reacție acidă = pH-ul între 4,5-7 Reacția urinei în funcție de alimentație: – regimul bogat în carne – acidifică urina – regimul vegetarian – scade aciditatea urinii ***Notă*** Reacția hiperacidă sau alcalină, favorizează precipitarea substanțelor dizolvate în urină și formarea calculilor în căile urinare.
aspectul urinei	– normal = clar, transparentă la început. După un timp ea poate deveni tulbure în mod normal – datorită coagulării mucinei și a celulelor epiteliale antrenate din căile urinare și a mucusului din organele genitale.
densitatea urinei	– se determină imediat după emisie, pentru că prin răcire se schimbă densitatea (vezi determinarea densității în Breviar de explorări funcționale – Lucreția Titircă) – normal 1010-1025 – la regim mixt; la temperatura de 15°C (temperatura mai mică sau mai mare modifică densitatea)

SCAUNUL = resturile alimentare supuse procesului de digestie, eliminate din organism prin actul defecației

Scaunul este alcătuit din:

– reziduurile rămase în urma digestiei alimentelor

– celulele descuamate de pe suprafața tubului digestiv și a glandelor digestive

– produsele de excreție a tubului digestiv și a glandelor anexe

– număr mare de microbi

Terminologie: – defecație = eliminarea materiilor fecale prin anus

Manifestări de independență

frecvența	– normal la adult – 1-2 pe zi sau unul la două zile – [illegible] scaune pe zi la nou-născut 1-2. nr. alim. artificial
orarul	– ritmic, la aceeași oră a zilei, dimineața după trezire
cantitatea	– zilnic 150-200 g materii fecale
consistența	– păstoasă, omogenă
forma	– cilindrică, cu diametrul de 3-5 cm, lungime variabilă
culoarea	– brună, la adult, dată de stercobilină – În funcție de alimentație: – deschis-galben = regim lactat – brun închis = regim carnat – negru = alimente preparate care conțin sânge – verde = legume verzi – culoare caracteristică alimentului = mure, ciocolată, afine Modificarea culorii în funcție de medicamente: – brun-negru = bismut – negru-verzui = fier – alb = bariu – negru mat = cărbune
mirosul	– fecaloid – diferă de la un individ la altul

La copilul mic

culoarea	– în primele 2-3 zile după naștere = verde-brun închis (meconiu) – La sugari: Aspectul și culoarea se modifică în funcție de felul alimentației. Astfel: – galben-auriu = sugar alimentat la sân, în contact cu aerul, prin oxidarea bilirubinei – devine verzui sau verde – galben-deschis = sugar alimentat artificial – brun = după introducerea făinii în alimentație
numărul	– 3-4 pe zi până în luna a VI-a când se reduce la 2-3 pe zi Dacă sugarul este alimentat pe cale artificială, numărul scaunelor este de 1-2 pe zi
mirosul	– ușor acru, reacție acidă = sugar alimentat la sân – fad, reacție alcalină sau neutră = alimentație artificială

TRANSPIRAȚIA = fenomen fiziologic prin care organismul își intensifică pierderea de căldură și funcția de excreție, prin intermediul glandelor sudoripare

Terminologie: – sudoare = soluție apoasă, constituită din apă 990 g‰ și 10 ‰ reziduu uscat (uree, urați, acizi grași, acizi organici volatili, săruri minerale)

Manifestări de independență

reacția	– acidă pH = 5,2 sau ușor alcalină
cantitatea	– minimă, pentru a menține umiditatea pliurilor
mirosul	– variază în funcție de alimentație, climat și de deprinderile igienice ale individului
perspirația	– pierderi insensibile de apă prin evaporare la nivelul pielii și prin expirație Compoziția aerului expirat: – O_2 – 16% – CO_2 – 3% – N – 74% – H_2O – 7%

MENSTRA =pierdere temporară sau periodică de sânge, prin organele genitale – apare la pubertate și dispare la menopauză și în timpul sarcinii

Manifestări de independență

ritmul	– la 28-35 zile
durata	– 3-5 zile
aspectul	– mucus amestecat cu sânge și detritusuri celulare; nu coagulează
culoarea	– roșu negricios, la început, apoi roșu deschis
cantitatea	– 50-200 g
mirosul	– dezagreabil
evoluția	– fără dureri, ușoară jenă fiziologică

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

– cercetează deprinderile de eliminare ale pacientului
– planifică programul de eliminare, ținând cont de activitățile sale
– planifică exerciții fizice
– îl învață tehnici de relaxare
– cercetează deprinderile alimentare ale pacientului
– recomandă consumarea alimentelor și a lichidelor ce favorizează eliminarea

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

În condiții patologice există mari pierderi de lichide prin: poliurie, diaree, vărsături, drenaj, diaforeză, expectorație abundentă, stomii etc.

Surse de dificultate

Sursele de dificultate care determină nesatisfacerea nevoii pot fi următoarele (în funcție de problemă – câteva exemple):

Surse de ordin fizic	– alterarea mucoasei intestinale (diaree, constipație) – diminuarea peristaltismului intestinal (constipație) – slăbirea sau relaxarea sfincterelor (incontinență) – lipsa de control a sfincterelor (incontinență) – alterarea centrilor nervorși (incontinență) – accidente cerebro-vasculare (incontinență) – spasme vezicale (retenție urinară) – anomalii ale căilor urinare (retenție urinară, eliminare urinară inadecvată) – alterarea căilor urinare (eliminare inadecvată) – alterarea parenchimului renal (eliminare inadecvată) – tumori (constipație) – intoxicații alimentare și medicamentoase (drog) (diaree, retenție urinară) – dezechilibru metabolic, electrolitic, endocrin, neurologic (eliminare urinară inadecvată, diaforeză) – durere (eliminare urinară inadecvată)
Surse de ordin psihologic	– anxietate (diaree, constipație...) – stres (diaree, constipație...) – situație de criză (eliminare urinară inadecvată, diaforeză, constipație) – tulburări de gândire (incontinență urinară și fecale)

Sursa de ordin sociologic	– poluarea apei (diaree) – alimente alterate (diaree) – schimbarea modului de viață (constipație) – program de lucru inadecvat pentru satisfacerea nevoii (constipație) – insalubritatea mediului (eliminare urinară inadecvată) – temperatura ambiantă prea ridicată (diaforeză)
Lipsa cunoașterii	– lipsa de cunoștințe – insuficienta cunoaștere a sinelui, a celorlalți, a mediului înconjurător

Când nevoia de eliminare nu este satisfăcută, survin o serie de *probleme de dependență:*

1 – **Eliminare urinară inadecvată cantitativ și calitativ**
2 – **Retenție urinară**
3 – **Incontinență de urină și materii fecale**
4 – **Diaree**
5 – **Constipație**
6 – **Vărsături**
7 – **Eliminare menstruală inadecvată**
8 – **Diaforeză**
9 – **Expectorație**
10 – **Deshidratare (vezi anexa 3 = pag. 375 – Manifestări de dependență și anexa 6 = pag. 394 – Surse de dificultate și obiective)**

1. Eliminare urinară inadecvată cantitativ și calitativ

Manifestări de dependență

	MODIFICĂRI PATOLOGICE ALE DIUREZEI
poliurie	– eliminarea unei cantități de urină mai mare de 2500 ml/24 h Poliuria poate fi: trecătoare sau durabilă
trecătoare durabilă sau permanentă	Apare: – în perioada de efervescență a unor boli infecțioase (pneumonie, hepatită epidemică, etc.) – după colici renale, accese de angină pectorală, de epilepsie și isterie – în perioada de resorbție a edemelor, transsudatelor și exsudatelor seroase

	– în scleroză renală când rinichiul și-a pierdut capacitatea de concentrare. Poate să crească până la 5-6 litri în 24 ore – în diabetul zaharat: eliminarea cantității mari de glucoză prin urină, necesită o mare cantitate de apă (conform legilor osmotice) – în diabetul insipid – lipsa de secreție a hormonului antidiuretic hipofizar, împiedică reabsorbția tubulară a apei. Cantitatea de urină poate ajunge până la 10-30 litri pe zi – în pielite, pielonefrite, tuberculoză renală (caracter de reflex de apărare a organismului).
oligurie	– excreția urinei sub 800 ml/24 ore Oliguria poate fi determinată de cauze renale și extrarenale. Apare în: – afecțiuni însoțite de deshidratarea organismului prin: – transpirații abundente – vărsături incoercibile – diaree accentuată – hemoragii abundente – perioada de formare a colecțiilor seroase – insuficiență circulatorie cu formare de edeme – perioada acută a bolilor infecțioase (pneumonie, hepatită, etc.) – glomerulonefrite acute însoțite de edeme
anuria	– lipsa urinei în vezică Poate fi din cauze renale și extrarenale Apare în: – glomerulonefrită acută, nefroze toxice – arsuri întinse – stări de șoc traumatic și chirurgical – traumatisme lombare – angajarea unui calcul într-unul din uretere
	TULBURĂRI DE EMISIUNE URINARĂ
polakiuria	– senzație de micțiune foarte frecventă, cantitatea de urină emisă foarte mică. Cauzele pot fi: – acțiuni iritative asupra mucoasei vezicale – procese intravezicale și de vecinătate: cistită, tuberculoză și neoplasm vezical, calculoză vezicală, inflamații pelviene, afecțiuni uterine, uretrite, prostatite – hiperexcitabilitatea mucoasei vezicale la nevropați
nicturia	– inversarea raportului dintre numărul micțiunilor și cantitatea de urină emisă în timpul zilei față de cea emisă în cursul nopții.

	Apare în insuficiență ventriculară stângă – se datorează faptului că în cursul zilei inima nu a asigurat trecerea prin rinichi a unei cantități necesare de sânge.
disuria	– eliminarea urinii se face cu durere și cu mare greutate. Apare în: – inflamații acute ale uretrei – stricturi uretrale – edeme ale mucoasei uretrale – hipertrofie de prostată, etc.
	ALTE MANIFESTĂRI DE DEPENDENȚĂ
hematuria	– prezența sângelui în urină – roșu deschis, roșu-închis sau roșu-brun. Uneori în caz de hematurie urina este tulbure asemănătoare cu spălătura de carne
albuminuria	– prezența proteinelor în urină
glicozuria	– prezența glucozei în urină
hiperstenuria	– urină foarte concentrată (densitate crescută)
hipostenuria	– urină foarte diluată (densitate mică) = în bolile rinichiului când acesta își pierde capacitatea de concentrare.
izostenuria	– urină cu densitate mică se menține în permanență la aceleași valori indiferent de regim ***Notă*** Între cantitate, culoare și densitate este o strânsă legătură. – în poliurie = culoare deschisă = densitate mică (În diabet zaharat deși este poliurie și culoarea este deschisă, densitatea este mare) – în oligurie = culoare închisă = densitate mare
edeme	– acumularea de lichid seros în țesuturi, manifestat prin creșterea în volum a regiunii edemațiate, ștergerea cutelor naturale, pierderea elasticității țesutului edemațiat, cu păstrarea urmelor presiunii digitale (semul „godeului"); pielea este palidă, lucioasă și străvezie.
urină tulbure	– în mod patologic urina este tulbure din cauza sărurilor minerale, puroiului sau a microbilor
urină cu miros de fructe coapte sau cloroform	– în diabetul zaharat, din cauza prezenței acetonei

durere lombară	
sete intensă	
greţuri şi vărsături	

- Intervenţiile asistentei -

Pacient cu eliminare urinară inadecvată cantitativ şi calitativ

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie echilibrat hidro-electrolitic şi acido-bazic	– asistenta face zilnic bilanţul hidric, măsurând cu conştiinciozitate ingestia şi excreţia (vezi *„Tehnici de evaluare şi îngrijiri acordate de asistenţii medicali"*, de Lucreţia Titircă, p. 78-79) – cântăreşte zilnic pacientul – corectează dezechilbrul hidric, prin hidratarea sau reducerea aportului de lichide şi electroliţi, în funcţie de ionograma serică şi urinară – corectează dezechilibrul acido-bazic, în funcţie de rezerva alcalină, la indicaţia medicului
Pacientul să nu prezinte complicaţii cutanate, respiratorii, urinare	– recoltează urina pentru examene chimice şi bacteriologice – administrează antiseptice urinare, sulfamide, antibiotice, conform antibiogramei, la indicaţia medicului – asigură igiena corporală riguroasă – serveşte pacientul la pat (când este cazul) cu urinar şi bazinet – schimbă lenjeria de pat şi de corp, ori de câte ori este nevoie
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asigură o atmosferă caldă, răspunde prompt şi plină de solicitudine la chemare – încurajează pacientul să-şi exprime gândurile şi sentimentele în legătură cu problema de dependenţă (comunicarea joacă un rol foarte important).

2. Retenţia urinară - ischiurie

Ischiuria sau retenţia de urină reprezintă incapacitatea vezicii urinare de a-şi evacua conţinutul. Ea *nu* trebuie confundată cu anuria, care înseamnă lipsa secreţiei renale.

Ischiuria poate fi datorată unui obstacol în calea de eliminare a urinei, ca: stricturi cicatriceale, calculi inclavaţi în uretră, hipertrofia prostatei sau alte procese de vecinătate, care comprimă calea de evacuare a urinei, sau unei paralizii a vezicii urinare sau sfinterelor, precum în mielită, tabes, poliomielită, traumatisme medulare sau unei paraze trecătoare în cursul infecţiilor grave (de exemplu febră tifoidă, meningită, encefalită, septicemie, după intervenţii chirurgicale intraabdominale) şi în comă.

Retenţia urinară determină o distensie extremă a vezicii, care va bomba, situaţie ce va fi pusă în evidenţă prin palpare deasupra simfizei pubiene, în timp ce, în caz de anurie, vezica rămâne goală. În urma presiunii mărite din vezică, dacă nu este un obstacol mecanic, sfincterul uretral cedează şi urina începe să se evacueze picătură cu picătură. Acest fenomen se numeşte ischiurie paradoxală sau incontinenţă prin regurgitare (prea plin).

Manifestări de dependenţă

glob vezical	– distensia vezicii urinare deasupra simfizei pubiene, cauzată de retenţia urinară
micţiuni	– absente
polakiurie	– micţiuni frecvente, în cantităţi mici (eliminare prin prea plin)

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu ischiurie – retenţie urinară

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să aibă micţiuni spontane	– verifică prezenţa globului vezical – încearcă stimularea evacuării, asltfel: – introduce bazinetul cald sub bolnav – pune comprese calde (buiotă) pe regiunea pubiană – lasă robinetul deschis să curgă apă (să fie auzită de bolnav) – introduce mâinile pacientului în apă caldă – efectuează sondaj vezical pentru eliminarea urinii la indicaţia medicului
Pacientul să aibă echilibrul psihic	– învaţă pacientul că trebuie să existe o relaţie între nevoile de a bea, a mânca, a face exerciţii fizice şi a elimina, pentru a-şi stabili propriul orar de ingestie şi eliminare

	– învață pacientul poziția corectă pentru ușurarea micțiunii și golirea completă a vezicii – liniștește pacientul și îl încurajează să-și exprime sentimentele în legătură cu problema sa – asigură un climat cald, confortabil

3. Incontinența de urină și materii fecale

Incontinența urinară și fecală poate rezulta în urma unor afecțiuni (infecție urinară sau intenstinală), traumatisme ale măduvei spinării, pierderii stării de conștiență, deterioare a activității sfincterelor, creșterea presiunii abdominale, leziuni obstetricale, etc.

Copiii și persoanele în vârstă sunt predispuse la incontinență fie prin lipsa de control a sfincterelor, fie prin procesul de îmbolnăvire.

O formă particulară de incontinență urinară la copii este reprezentată de enurezisul nocturn, cu cauze multiple ce necesită îngrijiri complexe.

Manifestări de dependență

Incontinență urinară	– emisiuni urinare involuntare și inconștiente Apare în: – leziuni medulare – sfârșitul accesului de epilepsie – afecțiuni neurologice – slăbirea funcțiunii sfincterului – traumatisme
Enurezis	– emisie de urină, noaptea, involuntară și inconștientă, care se manifestă mai frecvent la copiii cu tulburări nevrotice, după vârsta de 3 ani
Incontinența de fecale	– pierderi de materii fecale involuntar și inconștient
Iritarea tegumentelor regiunii anale	

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu incontinență de urină și materii fecale

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să prezinte tegumente și mucoase integre și curate	– schimbă lenjeria de pat și de corp după fiecare eliminare – dacă este posibil, recomandă purtarea chiloților cu căptușeli care absorb urina și nu produc miros neplăcut și iritația tegumentelor – asigură igiena locală riguroasă, după fiecare eliminare – aplică cremă protectoare – instalează sondă vezicală, la indicația medicului
Pacientul să-și recapete controlul sfincterelor	– asigură aport lichidian adecvat, în funcție de bilanțul hidric (mai mare în prima jumătate a zilei) – stabilește un orar al eliminărilor – formează deprinderi de eliminare la ore fixe (la început, la un interval mai scurt, iar pe măsură ce se obține controlul sfincterelor, intervalul se mărește) – trezește pacientul din somn pentru a urina – învață pacientul poziția adecvată, care favozează golirea completă a vezicii – urmărește creșterea presiunii prin masajul vezicii sau prin poziția așezat și aplecat înainte, care contribuie la declanșarea micțiunii și la eliminarea urinei rămase – învață pacientul exerciții de întărire a musculaturii perineale – contracția mușchilor posteriori ai planșeului pelvin, ca și pentru a împiedica defecarea – contracții ale mușchilor anteriori ai planșeului pelvin, ca și pentru a opri micțiunea – contracția mușchilor se face înainte și după micțiune, timp de 4 secunde, apoi, relaxarea lor se repetă de 10 ori – de 4 ori pe zi, sau mai des, dacă este util – oprirea jetului urinar în timpul micțiunii și reluarea eliminării de mai multe ori – creșterea capacității vezicii urinare prin așteptarea, timp de aproximativ 5 minute, de la senzația de micțiune până în momentul eliminării
Pacientul să fie echilibrat psihic	– asistenta asigură o ambianță în care să fie respectată intimitatea pacientului

	– încurajează bolnavul să-și exprime ceea ce simte în legătură cu această problemă – arată simpatie, toleranță, răbdare, răspunde plină de solicitudine – administrează medicație simptomatică la indicația medicului

4. Diareea

Tranzitul intestinal accelerat provoacă diaree. Când numărul scaunelor este prea mare au loc pierderi importante de apă și electroliți, ceea ce determină un dezechilibru hidroelectrolitic și starea de diaree se prelungește.

Factori determinați:

- exacerbarea peristaltismului instestinal
- creșterea secreției intestinale
- scăderea resorbției
- greșeli alimentare
- stres

Factori declanșatori:

- cauze nervoase
- cauze inflamatoare
- conținut intestinal cu efect excitant (chimic sau mecanic)

Manifestări de dependență

Frecvența	număr mare în 24 h – 3-6 scaune/zi, în enterite și enterocolite – 20-30 scaune/zi, în sindrom dizenteric – 80-100 scaune/zi, în holeră
Consistența	– scăzută, scaune moi, păstoase, semilichide, sau – apoasă, după purgative saline
Cantitatea	– mărită în diareele gastrogene de natură aclorhidrică – scăzută, foarte redusă în dizenterie, 10-15 g
Culoarea	– galben aurie, în diaree (în funcție de viteza tranzitului intestinal, bilirubina nu are timp să se reducă, din cauza tranzitului intestinal accelerat) – verde când bilirubina se oxidează la nivelul intestinului gros – albicios ca argila – icter mecanic, din cauza lipsei pigmenților biliari; pancreatite cronice din cauza unor cantități mari de grăsimi nedigerate

	– hipercolorat – brun-închis = icter hemolitic – negru ca păcura, moale și lucios = hemoragii în porțiunea superioară a tubului digestiv – scaun amestecat cu sânge proaspăt = hemoragii în porțiunea inferioară a tubului digestiv
Mirosul	În funcție de procesele de fermentație și putrefacție de la nivelul intestinului gros: – acid = fermentație exagerată – putred = putrefacție exagerată – rânced = grăsimi nedigerate (steatoree) – foarte fetid = cancer al colonului și rectului – de varză stricată = infecții cu colibacil
Aspect deosebit și cu elemente anormale	– Aspect asemănător cu: – zeamă de pepene sau supă de linte = febră tifoidă – zeamă de orez = intoxicații, lambliază, holeră – balegă de vacă = în colite – Cu conținut de elemente patologice – mucus, puroi, sânge = colite ulceroase, cancer rectal sau intestinal, dizenterie – țesut muscular nedigerat = creatoree – în achilie gastrică, pancreatită cronică – scaune cu paraziți intestinali sau ouă de paraziți
Crampe	– contracții dureroase, involuntare și pasagere ale mușchilor abdominali
Colică	– durere cauzată de mișcări peristaltice exagerate
Durere locală	– durere la nivelul anusului și iritația tegumentelor perianale
Semne de deshidratare	– tegumente și mucoase uscate – oboseală, slăbiciune – greață și vărsături

5. Constipația

Constipația este caracterizată prin scaune rare unul la 2-4 zile, sau mai rare – uneori, chiar cu un ritm regulat; dar la intervale mai mari decât cele fiziologice. Fecalele sunt de consistență obișnuită, de volum redus, fără resturi alimentare digerabile. Constipația poate avea cauze funcționale (accidentale sau habituale), mecanice (stenoză intestinală, cancer al colonului), tulburări în activitatea sigmoidiană sau poate fi simptomatică (în afecțiuni pelvine, gastrointestinale, esofagiene, tulburări endocrine). Modul de viață, o hidratare insuficientă, o

alimentaţie săracă în reziduuri, unele medicamente, emoţiile puternice pot determina apariţia constipaţiei.

Ileusul este caracterizat prin suprimarea completă a eliminării fecalelor şi gazelor. Ileusul poate avea cauze funcţionale şi anume: paralizia musculaturii pereţilor intestinali, când peristaltismul este abolit, sau spasmul pereţilor intestinali, când contracţiile intestinale sunt atât de puternice încât intestinul se imobilizează sub forma unor tuburi rigide. În aceste cazuri, vorbim de ileus dinamic, spre deosebire de ileusul mecanic, care este determinat de cauze mecanice ca: ocluzie, obstrucţii intestinale, strangulaţii.

Manifestări de dependenţă

frecvenţa	– scaun la 2-4 zile din cauza unui tranzit întârziat – suprimarea completă a eliminării fecalelor şi a gazelor (ileus)
orarul	– pierderea orarului obişnuit a evacuării
cantitatea	– redusă, în constipaţie – mare (câteva kg), în anomalii de dezvoltare a colonului (megadolicocolon)
consistenţa	– uscată, crescută (scibale, coproliţi)
forma	– bile dure, de mărimea măslinelor, în constipaţia spastică – masă fecaloidă abundentă, în constipaţia atonă – bile conglomerate, multiglobale, când materiile fecale au stagnat mult în rect
culoare	– închisă
crampe	– contracţii dureroase, involuntare, pasagere, ale musculaturii abdominale
meteorism	– acumulare de gaze în intestin, datorită absorbţiei lor insuficiente, producerii în cantităţi exagerate, în urma unei alimentaţii bogate în celuloză sau în urma aerofagiei
flatulenţă	– eliminarea frecventă a gazelor din intestin
tenesme	– senzaţia dureroasă de defecare, fără eliminare de materii fecale
fecalom	– acumulare de materii fecale în rect
anorexie	
cefalee	
iritabilitate	

Notă: Modificările patologice ale scaunului la copilul mic pot fi:
– muco-grunjoase – consistență neomogenă semilichidă cu particule solide (grunji). Mucusul format dintr-o substanță filantă, gelatinoasă
– lichide-semilichide – au caracter spumos – din cauza unor procese fermentative în intestin
– muco-purulente – se elimină puroi, scaunul este foarte fetid
– muco-sanguinolent – conține sânge

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu diaree sau constipație

OBIECTIVE	INTERVENȚII AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă tranzit intestinal în limite fiziologice	– *în constipație* determină pacientul să ingere o cantitate suficientă de lichide – recomandă alimente bogate în reziduuri – stabilește, împreună cu pacientul, un orar regulat de eliminare, în funcție de activitățile sale – determină pacientul să facă exerciții fizice cu regularitate – urmărește și notează în foaia de observație consistența și frecvența scaunelor – efectuează, la nevoie, clismă evacuatoare simplă sau uleioasă – administrează, la indicație, laxative – *în diaree* pregătește bolnavul pentru examinări endoscopice – alimentația este hidrică, în primele 24-48 ore – asistența servește pacientul cu ceai neîndulcit (mentă, coarne, mușețel) supă de morcov, zeamă de orez – treptat, introduce mici cantități de carne slabă, fiartă, brânză de vaci, pâine albă prăjită, supe strecurate, din legume – după 4-5 zile, trece la o alimentație mai completă – administrează la indicațiile medicului, simptomatice, spasmolitice, antimicrobiene, fermenți digestivi, sedative
Pacientul să aibă tegumente și mucoase perianale curate și integre	– curăță și usucă regiunea anală, după fiecare scaun – aplică creme protectoare – face toaleta anusului de mai multe ori pe zi și dezinfectează cu acid boric 2-3%
Pacientul să-și satisfacă celelalte nevoi fundamentale	– asigură repaus la pat, când starea generală este alterată – menține constantă temperatura coporală (au loc pierderi de energie)

	– încălzeşte pacientul cu termofoare, pături, perne electrice – protejează patul cu aleză şi muşama – serveşte pacientul cu bazinet
Pacientul să fie echilibrat hidro-electrolitic	– hidratează pacientul pe cale orală şi prin perfuzii, urmărind înlocuirea pierderilor de apă şi electroliţi – recoltează sânge pentru hemocultură şi scaun, pentru coprocultură – monitorizează funcţiile vitale şi vegetative şi le notează în foaia de observaţie – calculează cantitatea de lichide ingerate şi perfuzate şi pe cea eliminată
Pacientul să fie echilibrat psihic	– dă dovadă de înţelegere şi răbdare, menajând pudoarea pacientului – îl linişteşte şi îl încurajează să-şi exprime emoţiile şi sentimentele în legătură cu starea sa

6. Vărsăturile

Prin vărsături înţelegem evacuarea prin gură a conţinutului stomacului.

Vărsătura (voma) este un act reflex, cu centrul în bulbul rahidian, reprezentând o modalitate de apărare faţă de un conţinut stomacal dăunător organismului.

În momentul vomei, musculatura pereţilor stomacali, muşchii abdominali şi diafragmul se contractă simultan. În acelaşi timp, pilorul se închide, iar conţinutul stomacului ajunge, sub presiune, la cardia care în acest moment se deschide.

În urma presiunii intrastomacale, conţinutul gastric trece în esofag, apoi în faringe, limba este trasă în jos, nazofaringele şi laringele se închid, iar conţinutul stomacal este evacuat pe gură. Vărsătura nu trebuie confundată cu regurgitaţia care este un reflux al alimentelor din stomac sau esofag în gură, fără greaţă şi fără contracţia muşchilor abdominali. De asemenea vărsătura nu trebuie confundată cu vomica – care este eliminarea de colecţii masive de puroi sau exsudat prin căile respiratorii ce provin dintr-un abces pulmonar, chist hidatic etc. Eliminarea este explozivă şi abundentă.

Cauzele vărsăturii pot fi:

– de origine centrală (cerebrală) = centrul bulbar este influenţat direct prin creşterea presiunii lichidului cefalorahidian = creşterea tensiunii intracraniene (meningite, encefalite, tumori, etc.). Se produc fără nici un efort, nu sunt precedate de senzaţii de greaţă şi de stare generală alterată.

– de origine periferică = excitaţia bulbului vine de la periferie. Este de origine digestivă, urogenitală, boli infecţioase, tulburări metabolice şi endocrine, agenţi chimici, medicamentoşi, etc.

Vărsăturile de origine periferică prezintă simptome premergătoare:
- greață
- salivație abundentă
- amețeli
- tahicardie
- dureri de cap

Manifestări de dependență

Frecvența	– ocazionale (intoxicații alimentare sau boli infecțioase acute) – frecvente (stenoza pilorică) – incoercibile (graviditate și boli psihice)
Orarul	– matinale (gravide și alcoolici) – postprandiale precoce (nevropați) sau tardive (ulcer și cancer gastric)
Cantitatea	– mare, în stenoză pilorică (la alimentele consumate, se adaugă secreția exagerată a glandelor gastrice și resturile rămase de la alimentațiile anterioare) – mică (câțiva zeci de ml)
Conținutul	– alimentare – mucoase, apoase (etilici și gravide) – fecaloide (ocluzii intestinale) – biliare (colecistopatii) – purulente (gastrite flegmonoase) – sanguinolente Sângele poate proveni din: – stomac (ulcer, cancer gastric, gastrită cronică, intoxicațiile cu substanțe caustice etc) – organele învecinate (plămâni, esofag, nas, gingii etc). Sângele fiind înghițit și apoi eliminat prin vărsătură. (Hematemeză) În stomac sângele fiind digerat – apare vărsătura de culoare brună – culoarea „zațului de cafea" (drojdiei de cafea). Această culoare se datorește clorhidratului de hematină – care ia naștere din hemoglobină sub influența acidului clorhidric din stomac. Dacă hemoragia este abundentă, evacuarea conținutului stomacal se face mai repede, sângele neavând timp să fie digerat – atunci vărsăturile vor fi formate din sânge proaspăt-roșu

Culoarea	– galben verzuie (vărsături biliare) – roșie (hematemeză) – galben murdar (ocluzii) – brună – aspect de zaț de cafea (cancer gastric) (vezi conținutul)
Mirosul	– fad, acru, în hiperclorhidrii – fecaloid (ileus) – rânced (fermentație gastrică)
Forța de proiecție	– brusc, în jet, fără efort, fără legătură cu alimentarea, fără greață – vărsătură în hipertensiunea intracraniană
Simptome ce însoțesc vărsăturile	– dureri abdominale – greață – salivație – cefalee – transpirații reci, tahicardie – deshidratare

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu vărsături

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să fie menajat fizic și psihic în timpul vărsăturii	– în funcție de starea pacientului, asistenta îl așază în poziție semișezând, șezând sau în decubit dorsal, cu capul într-o parte, aproape de marginea patului – îl liniștește din punct de vedere psihic – îl ajută în timpul vărsăturii și păstrează produsul eliminat – îi oferă un pahar de apă să-și clătească gura după vărsătură – la indicația medicului îi administrează medicație simptomatică – suprimă alimentația pe gură și alimentează pacientul parenteral, prin perfuzii cu glucoză hipertonă, hidrolizate proteice, amestecuri de aminoacizi, vitamine și electroliți
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic și acido-bazic	– corectează tulburările electrolitice și rezerva alcalină – rehidratarea orală va începe încet, cu cantități mici de lichide reci, oferite cu lingurița – face bilanțul lichidelor intrate și eliminate – monitorizează funcțiile vitale și vegetative

7. Eliminare menstruală și vaginală inadecvată

Menstra este o pierdere de sânge prin organele genitale, care apare la sfârșitul fiecărui ciclu menstrual, dacă ovulul nu a fost fecundat (de la pubertate până la menopauză).

Menarha, prima menstră, apare între 11 și 14 ani și este influențată de mediu, climă, viața în aer liber.

Glandele mucoasei genitale secretă o cantitate redusă de lichid, care contribuie la procesul de autoapărare a aparatului genital față de infecție – leucoree fiziologică.

Când această secreție devine abundentă, se exteriorizează sub forma unei scurgeri iritante, în cantitate variabilă – leucoree patologică.

Manifestări de dependență

amenoree	– absența menstruației – lipsa completă a menstrelor
dismenoree	– menstruație dureroasă – apariția durerilor în timpul menstrei
metroragii	– hemoragii neregulate, aciclice, survenite între două menstre succesive
menoragii	– hemoragii menstruale prelungite
oligomenoree	– intervale lungi între menstre
polimenoree	– intervale scurte între menstre
hipomenoree	– cantitate redusă
hipermenoree	– cantitate crescută
leucoree patologică	– de la câțiva ml, când pătează lenjeria, până la 200-400 ml
hidroree	– secreție vaginală abundentă: 200-400 ml
culoarea și aspectul scurgerilor vaginale	– albă lăptoasă, în leucoreea femeilor tinere – galben verzuie, în gonococie – roșie apoasă sau cafenie, în tumori – seroasă, mucoasă, nuco-purulentă, purulentă
ritmul scurgerilor	– continue sau sparodice, mai ales la oboseală

- Intervenţiile asistentei -

Pacienta cu eliminare menstruală şi vaginală inadecvată

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacienta să aibă o stare de bine, de confort şi securitate	– asigură repausul la pat – efectuează spălături vaginale cu soluţii antiseptice (după ce s-a recoltat secreţie vaginală pentru examen bacteriologic şi citologic) – aplică pansament absorbant şi îl fixează în „T" – schimbă pansamentul des – învaţă pacienta tehnici de relaxare – protejează patul cu muşama şi aleză, la nevoie – calmează durerea cu antialgice
Pacienta să aibă o stare de bine psihic	– linişteşte pacienta în legătură cu problema sa – îi explică scopul intervenţiilor (examen genital, examenul secreţiei vaginale, examinări radiologice) – îi administrează medicaţie sedativă la indicaţia medicului

8. Diaforeza. Transpiraţia în cantitate abundentă

Sudoarea contribuie la eliminarea apei şi a unor deşeuri ca: uree, amoniac, acid uric şi altele, completând astfel eliminarea renală. Într-o cantitate excesivă, are semnificaţie patologică, putând duce, uneori, la deshidratare.

Producerea transpiraţiei are loc în funcţie de o serie de factori: temperatura mediului ambiant, efort fizic şi intelectual, ingestie de lichide, activitatea rinichilor, starea fiziologică a organismului.

Glandele sudoripare se află sub controlul sistemului nervos vegetativ simpatic. În susţinerea termoreglării, intervine evaporarea lichidelor de la suprafaţa pielii (în transpiraţie), ceea ce ajută la pierderea de căldură; prin evaporarea fiecărui ml de sudoare, se pierd 0,58 cal.

Manifestări de dependenţă

orar	– mai mult sau mai puţin regulat
cantitate	– 600-1000 ml/24 h, ajungând, în cazuri extreme, la 10 litri/24 ore
localizare	– generalizată, când temperatura mediului este crescută – semnificaţie critică atmosferică – localizată la palme şi plante (boala Basedow, alcoolism cronic, rahitism, SIDA, tulburări preclimax)

	– hiperhidroză – cantitate plantară crescută, ce stagnează interdigital şi determină apariţia de micoze şi infecţii
miros	– puternic – variază în funcţie de alimentaţie, temperatură ambiantă, deprinderile igienice ale bolnavului

- Intervenţiile asistentei -

Pacientul cu diaforeză

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să aibă o stare de bine, de confort fizic	– ajută sau menţine tegumentele pacientului curate şi uscate – spală tegumentele ori de câte ori este necesar – schimbă lenjeria de pat şi de corp – învaţă pacientul să poarte şosete din bumbac (absorbante) şi să le schimbe frecvent – menţine igiena riguroasă a plicilor şi a spaţiilor interdigitale – asigură îmbrăcăminte uşoară şi comodă
Pacientul să prezinte echilibru psihic	– cu tact şi cu blândeţe, va solicita pacientului să se spele – îl încurajează să-şi exprime sentimentele în legătură cu problema de dependenţă

9. Expectoraţia

Prin expectoraţie, înţelegem eliminarea sputei din căile respiratorii. Sputa reprezintă totalitatea substanţelor ce se expulzează din căile respiratorii prin tuse. În condiţii fiziologice, mucoasa căilor respiratorii secretă doar o cantitate mică de mucus, necesară protejării suprafeţei interioare a organelor respiratorii faţă de uscăciune şi de efectul nociv al aerului şi prafului. Acest mucus nu se elimină şi nu declanşează actul tusei.

În condiţii patologice, se adună în căile respiratorii, o cantitate variabilă de spută, care acţionează ca un corp străin şi provoacă actul tusei.

Sputa este formată din secreţia, transsudaţia şi exsudaţia patologică a mucoaselor bronho-pulmonare, din descuamaţia epiteliilor pulmonare şi a căilor aeriene, din produsele rezultate din descompunerea ţesutului pulmonar şi din substanţe străine inhalate. În timpul evacuării prin faringe şi gură se mai adaugă salivă, secreţie nazală şi faringiană.

Manifestări de dependență

culoarea	– roșie, sanguinolentă, aerată și spumoasă – hemoptizie – hemoptoică – striată, cu sânge – ruginie (culoarea sucului de prune) – pneumonie – roșie-brună, când sângele stagnează în plămâni – roșie gelatinoasă, în cancerul pulmonar – roz, în edemul pulmonar – galben verzuie, în supurații pulmonare – albă sau albă cenușie, în inflamația bronșică și în astmul bronșic – neagră, în infarctul pulmonar
mirosul	– fetid în dilatația bronșică, caverne tuberculoase – fetiditate penetrantă, în gangrenă pulmonară – mirosul pământului sau al paiului umed, în supurații pulmonare
consistența	– spumoasă – aerată – gelatinoasă – vâscoasă – lichidă
formă	– perlată, în astmul bronșic – numulară, în caverne pulmonare – mase grunjoase izolate, în salivă – mulaje bronșice
aspectul	– mucus, în astmul bronșic, inflamația bronhiilor – purulent, în supurațiile pulmonare – muco-purulent – seros, în edemul pulmonar – pseudo-membranos, în difteria laringiană – sanguinolent, în edemul pulmonar, cancer pulmonar, infarct pulmonar
cantitatea	– 50-100 ml/24 ore, în bronșită, pneumonii, TBC – până la 1000 ml/24 ore, în bronșiectazii, caverne TBC, gangrenă pulmonară și edem pulmonar – vomică – eliminarea unei cantități masive de puroi sau exsudat (în abces pulmonar, chist hidatic).

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu expectorație

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să *nu* devină sursă de infecții nosocomiale	– educă pacientul cum să expectoreze, să tușească cu gura închisă, îl învață să nu înghită sputa să colecteze sputa în scuipătoare (dezinfectată cu soluție lizol, fenol 3%) – să nu stropească în jur – să nu arunce corpuri străine în scuipătoare – curăță mucoasa bucală și dinții cu tampoane – golește și curăță scuipătorile, după ce au fost dezinfectate – mânuiește scuipătoarele cu prudență, se spală și se dezinfectează

TEST DE VERIFICARE A CUNOȘTINȚELOR
Nevoia fundamentală de a elimina

Testul A

Înlocuiți termenul care lipsește:

1. Menținerea constantă a compoziției mediului intern se realizează prin procesul de______________.
2. Diareea este determinată de________________ de creșterea secreției intestinale, ____________ greșeli alimentare și stres.
3. Constipația poate avea cauze funcționale__________, tulburări în activitatea sigmoidiană, sau poate fi____________ în afecțiuni pelvine, gastrointestinale, esofagiene, tulburări endocrine.
4. Incontinența urinară și a materiilor fecale poate rezulta în urma unor afecțiuni,______, pierderea stării de conștiență,_____________________, creșterea presiunii abdominale,_________________.
5. Ischiuria sau retenția de urină reprezintă_________, vezicii urinare de a-și__________ conținutul.
6. Menstra este o pierdere de______prin__________, care apare la sfârșitul fiecărui ciclu menstrual, dacă_____________________ nu a fost fecundat.
7. Diaforeza reprezintă____________ în cantitate abudentă, a cărei apariție este influențată de o serie de factori ca: _________________, efort fizic și intelectual,___________, activitatea rinichilor,__________.
8. Sputa este formată din secreția,_________ și exsudația patologică a _________, bronhopulmonare, din descuamația epiteliilor pulmonare și a____________, din produsele rezultate din___________, țesutului pulmonar și din substanțe străine________________.

Testul B

Indicați dacă enunțurile următoare sunt adevărate sau false:

1. Diureza este procesul de formare și eliminare a urinei din organism timp de 24 ore.
2. Ileusul înseamnă suprimarea completă a eliminării gazelor din intestin.
3. Incontinența urinară este incapacitatea vezicii urinare de a-și evacua conținutul.
4. Polakiuria reprezintă micțiuni frecvente cu cantități mici
5. Poliuria este eliminarea unei cantități de urină mai mare de 2500 ml/24 h
6. Oliguria este absența urinei în vezica urinară
7. Disuria reprezintă eliminarea urinei cu dificultate și dureri
8. Metroragia este hemoragia menstruală prelungită
9. Dismenoreea – apariția durerilor în timpul menstrelor
10. Amenoreea reprezintă lipsa completă a menstrelor

Testul C

Încercuiţi răspunsul corect

1. Culoarea normală a urinei este:
   a) galben deschis
   b) galben închis
   c) roşu deschis
2. Consistenţa normală a scaunului este:
   a) crescută
   b) păstoasă
   c) omogenă
3. Culoarea normală a scaunului este:
   a) brună
   b) suc de mac
   c) galben
4. Evoluţia normală a menstrei poate fi:
   a) cu durere
   b) fără durere
   c) cu uşoară jenă funcţională
5. Enurezisul este:
   a) pierdere de urină în timpul nopţii
   b) pierdere involuntară în timpul nopţii, la copii peste trei ani
   c) inversarea raportului dintre numărul micţiunilor emise ziua, faţă de cele emise noaptea
6. Hipostenuria reprezintă densitatea urinei:
   a) normală
   b) crescută
   c) scăzută
7. Anuria reprezintă:
   a) absenţa urinei în vezică
   b) scăderea cantităţii de urină
   c) eliminarea urinei cu dificultate
8. Poliuria reprezintă:
   a) micţiuni frecvente în cantităţi mici
   b) eliminarea unei cantităţi mai mari de 2500 ml
   c) sete exagerată
9. Vomica este:
   a) vărsătură alimentară
   b) senzaţie de vărsătură
   c) eliminarea unei colecţii masive de puroi sau exsudat din căile respiratorii
10. Vărsăturile pot fi însoţite de:
    a) greaţă
    b) cefalee
    c) dureri abdominale

REZOLVARE

Testul A

1. homeostazie
2. exacerbarea peristaltismului intestinal, scăderea resorbţiei
3. mecanice, simptomatică
4. traumatisme ale măduvei spinării, deteriorare a activităţii sfincterelor, leziuni obstetricale

5. incapacitatea, evacua
6. sânge, organele genitale, ovulul
7. transpirația, temperatura mediului ambiant, ingestia de lichide, starea fiziologică a organismului
8. transsudația mucoaselor, căilor aeriene, descompunerea, inhalate

Testul B
1. adevărat
2. fals
3. fals
4. adevărat
5. adevărat
6. fals
7. adevărat
8. fals
9. adevărat
10. adevărat

Testul C
1. a,b
2. b,c
3. a, c
4. b,c
5. b
6. c
7. a
8. b
9. c
10. a, b, c

„Pentru prelungirea vieții,
omul are nevoie de gimnastică echilibrată,
aer proaspăt și plimbare".
(Hipocrate)

4. NEVOIA DE A SE MIȘCA ȘI A AVEA O BUNĂ POSTURĂ

Definiție

A se mișca și a avea o bună postură sunt o necesitate a ființei vii de a fi în mișcare, de a-și mobiliza toate părțile corpului prin mișcări coordonate, de a păstra diferitele părți ale corpului într-o poziție care să permită eficacitatea funcțiilor organismului.

Circulația sângelui este favorizată de mișcările și activitățile fizice.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Menținerea independenței mișcării corpului și a bunei posturi sunt determinate de integritatea aparatului locomotor (sistem osos și mușchiular), a sistemului nervos și aparatului vestibular. Oasele acționează ca pârghii, având rol fundamental în realizarea mișcărilor. Mușchii acționează prin proprietăților lor: excitabilitate, contractibilitate, elasticitate. Aparatul vestibular menține echilibrul static și dinamic al corpului.

Sistemul nervos – cerebelul –, alături de aparatul vestibular, contribuie la reglarea echilibrului, dar reglează, totodată și tonusul muscular și mișcările fine.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta şi dezvoltarea:* • copilul mic are mişcările mai puţin coordonate, dobândindu-şi controlul pe măsură ce înaintează în vârstă; copilul este foarte activ, se mobilizează şi ia tot felul de poziţii; – adultul este activ, în deplinătatea puterii, dă supleţe mişcărilor, le coordonează; – vârstnicul, are forţa fizică redusă, la fel agilitatea, rămâne, totuşi activ în exerciţii moderate – *Constituţia şi capacităţile fizice:* influenţează intensitatea efortului fizic pe care îl depune individul
Factori psihologici	– *Emoţiile:* pot fi exprimate prin mişcări ale corpului; pulsul şi tensiunea arterială se modifică în raport cu emoţiile, stresul, teama – *Personalitatea:* temperamentul, determină ca individul să fie mai activ, înflăcărat, sau calm, grav
Factori sociologici	– *Cultura*: individul practică activităţi fizice, adoptă diferite posturi în viaţa cotidiană, în funcţie de societatea în care trăieşte – *Rolurile sociale*: în societate, individul poate îndeplini activităţi ce impun un efort fizic mai mare sau mai mic, pe care să-l compenseze prin rezistenţă fizică şi ore suficiente de repaus. – *Organizarea socială*: fiecare societate are legi şi regulamente pentru ca individul să-şi menţină sănătatea, chiar dacă depune un efort deosebit. Societatea organizează activităţi pentru petrecerea timpului liber, în mişcare şi agrement. – *Tradiţiile, religia*: individul poate lua posturi acceptate, legate de obiceiuri, tradiţii sau obiceiuri religioase.

Manifestări de independenţă

Postura adecvată (sau atitudinea)	– funcţia corpului omenesc, bazată pe acţiunea sinergică şi coordonată a elementelor aparatului locomotor şi a sistemului nervos, cu ajutorul cărora se menţine stabilitatea, echilibrul şi raporturi constante între corp şi mediu şi între diferite segmente ale corpului

	– *în picioare* (ortostatism) – capul drept înainte – spatele drept – brațele pe lângă corp – șoldurile, gambele drepte – piciorul în unghi de 90 de grade cu gamba – *șezând* – capul drept – spatele drept, rezemat – brațele sprijinite – coapsele orizontale – gambele verticale – piciorul în unghi de 90 de grade cu gamba, sprijinit pe podea – *culcat* (clinostatism) – decubit dorsal (pe spate) – decubit lateral, stâng sau drept (într-o parte) – decubit ventral (pe abdomen)
Mișcări adecvate	– *Tipuri de mișcări:* – *abducție* – mișcări de îndepărtare față de axul median al corpului – *adducție* – mișcări de apropiere față de axul median al corpului – *flexie extensie* – mișcări de apropiere sau îndepărtare a două segmente apropiate (braț, antebraț, gambă-coapsă) – *rotație* – mișcare realizată în jurul axului care trece prin lungul segmentului care se deplasează – *pronație/supinație* – pronația este mișcarea de rotație a mâinii, prin care palma privește în jos, iar supinația este mișcarea inversă; la picior, ~~palma~~ plante privește lateral, cu marginea externă ridicată – pronație, invers fiind supinația – *circumducție* – mișcare complexă, care totalizează flexia, extensia, abducția și le asociază cu rotația – *Exerciții fizice:* – sunt activități fizice efectuate cu scopul de a îmbunătăți randamentul mușchiular și circulația – *active* – executate de către individ – *pasive* – mișcări ale articulațiilor, executate de către o altă persoană – *izomerice* – contracții musculare în care lungimea mușchiului rămâne neschimbată, crescând numai tensiunea sa (exemplu: contracția mușchilor pentru menținerea poziției corpului) – *de rezistență*: exerciții fizice în care crește tonusul muscular

	A. *caracteristicile exercițiilor: coordonate, armonioase, complete* B. *execuție:* – a se scula, a merge, a alerga, a se apleca, a se așeza pe vine, a îngenunchia, a ridica greutăți, a apuca obiecte
Tensiune arterială	– se modifică în raport cu intensitatea efortului depus
Puls	– crește frecvența și amplitudinea lui, în funcție de intensitatea efortului

Resp.

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței mișcării

– stabilește împreună cu pacientul nevoile de exercițiu fizic
– planifică un program de exerciții moderate, adaptat capacității fizice ale pacientului
– învață pacientul să folosească tehnici de destindere și relaxare
– educă pacientul să evite tabagismul, mesele copioase, surplusul de greutate

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Probleme de dependență:

1. **Imobilitate**
2. **Hiperactivitate**
3. **Necoordonarea mișcărilor**
4. **Postură inadecvată**
5. **Circulație inadecvată**
6. **Refuzul de a face activități** } **anexele 3 și 6**
7. **Edeme ale membrelor** }

1. Imobilitatea

Aceasta reprezintă o diminuare sau o restricție a mișcării, fiind recomandată, adesea, ca metodă terapeutică sau poate fi cauzată de traumatisme și boli organice sau funcționale.

Manifestări de dependență

Dificultate de deplasare	– a se ridica – a se așeza – a merge

Diminuarea sau absența mișcării	– prezența parezelor; (mono, para, tetra pareze sau paralizii) – prezența paraliziilor
Atonie musculară	– scăderea tonusului muscular
Atrofie musculară	– diminuarea volumului mușchiului, a contractibilității sale
Hipertrofie musculară	– mărirea volumului unui mușchi
Contractura mușchiulară	– contracție involuntară și permanentă a unuia sau mai multor mușchi care determină o poziție inadecvată
Râs sardonic (tetanos)	contracția mușchilor masticatori determină trismus și „râsul sardonic"
Anchiloză	– diminuarea sau imposibilitatea mișcării unei articulații
Crampă	– contracție spasmodică involuntară și dureroasă a unuia sau a mai multor mușchi (molet, picior) cauzată de o poziție incomodă, de compresiunea unui nerv sau de deficitul de calciu
Escară de decubit	– ulcerații ale pielii (vezi nevoia de a păstra tegumentele curate și integre)
Diminuarea interesului	– tulburările psihice pot determina lipsa interesului pentru mișcare, menținerea timp îndelungat a unei stări de imobilitate

Surse de dificultate care determină imobilizarea

Surse de ordin fizic	– alterarea centrilor nervoși (accident vascular cerebral) – alterarea integrității aparatului locomotor (fracturi, entorse, luxații) – piedici ale mișcării (pansamente, aparat gipsat, extensie continuă) – dezechilibre – durerea

Surse de ordin psihologic	– tulburările de gândire, anxietate, stres, pierderea, separarea
Surse de ordin sociologic	– eșecul – izolarea
Lipsa cunoașterii	– cunoașterea de sine, despre alții și despre mediul înconjurător

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu imobilitate

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă tonusul muscular și forța musculară păstrată	– planifică un program de exerciții, în funcție de cauza imobilizării și de capacitatea pacientului
Pacientul să-și mențină integritatea tegumentelor și a activității articulare	– schimbă poziția pacientului la fiecare 2 ore* – masează regiunile predispuse la escare, pudrează cu talc – efectuează exerciții pasive, la fiecare 2 ore – învață pacientul care este postura adecvată și cum să efectueze exerciții musculare active
Pacientul să-și mențină funcția respiratorie	– învață pacientul: – să facă exerciții de respirație profunde – să tușească și să îndepărteze secrețiile – administrează medicația prescrisă de medic
Pacientul să fie echilibrat psihic	– pregătește psihic pacientul, în vederea oricărei tehnici de îngrijire – redă încrederea pacientului că imobilitatea sa este o stare trecătoare și că își va putea relua mersul
Pacientul să-și mențină satisfăcute celelalte nevoi fundamentale	– suplinește pacientul în satisfacerea nevoilor sale, îl servește la pat cu cele necesare

* Notă: Se va demonstra tehnica schimbării poziției în pat

2. Hiperactivitatea

Această problemă de dependență constă în creșterea ritmului mișcărilor și a activităților individului, determinată de instabilitatea emoțională și de pierderea ideilor.

Manifestări de dependență

Vorbire caracteristică	– vorbește mult, precipitat
Pacientul reacționează la toți stimulii	– stimuli luminoși, auditivi, din mediul extern, cât și stimuli interni; ei determină reacții din partea bolnavului
Mișcări caracteristice	– mișcări rapide, frecvente
Spasme	– contracție involuntară a unuia sau mai multor mușchi
Ticuri	– mișcări convulsive, involuntare ale ochilor, gurii, ale unui braț sau unui picior
Manie	– psihoză caracterizată printr-o stare de excitație, în special, în sfera afectivității cunoașterii și activității; bolnavul este neliniștit, tulburent, datorită ritmului rapid de desfășurare a activității sale, nu duce nimic la îndeplinire din ceea ce plănuiește
Euforie	– bună dispoziție, de obicei, nemotivată

Sursele de dificultate

Surse de ordin fizic	– dezechilibre endocrine – reacții medicamentoase, alcoolism
Surse de ordin psihologic	– senilitate, tulburări de gândire – separație, criză, pierdere
Lipsa cunoașterii	– lipsa cunoașterii de sine

- Intervenţiile asistentei -

Pacient cu hiperactivitate

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să prezinte mobilitate normală	– înlătură stimuli din mediul înconjurător (asigură semiobscuritatea încăperii, izolarea fonică, reducerea numărului de vizitatori) – asigură condiţii ca bolnavul să facă băi călduţe, să consume lichide la temperatură moderată
Pacientul să-şi menţină integritatea fizică	– supraveghează permanent pacientul, pentru a nu se răni – înlătură obiectele contondente – aplică constrângeri fizice, dacă este cazul (chingi, cămaşă de protecţie) – administrează tratamentul tranchilizant prescris de medic

3. Necoordonarea mişcărilor

Această problemă de dependenţă reprezintă dificultatea sau incapacitatea individului de a-şi coordona mişcările diferitelor grupe musculare.

Sursele de dificultate

Surse de ordin fizic	– deficit senzorial, leziuni ale sistemului nervos central, boala Parkinson – dezechilibru hidroelectrolitic – efect secundar al unor medicamente, droguri
Surse de ordin psihologic	– tulburările de gândire – anxietate, stres
Surse de ordin sociologic	– mediu necunoscut
Lipsa cunoaşterii	– insuficienţa cunoaşterii de sine şi a mediului înconjurător

Manifestări de dependenţă

Akinezie	– lipsa sau diminuarea mişcărilor normale
Ataxie	– tulburări de coordonare a mişcărilor active voluntare

Convulsii	– contracţii repetate, involuntare, ale unui muşchi sau grupe de muşchi, urmate de relaxare; contracţia este instantanee
Tremurături	– secuse repetate, involuntare, ale unei părţi a corpului (mâini, cap sau ale întregului corp)
Tulburări ale mersului	– mers târşit, propulsiv
Dificultatea de a trece din ortostatism, în poziţie şezând	
Expresie facială caracteristică	– faţă rigidă

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu necoordonarea mişcărilor

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie echilibrat psihic	– pregăteşte psihic pacientul, în vederea oricărei tehnici de îngrijire (Exemplul: E.E.G.)
Pacientul să aibă tonusul muscular adecvat activităţii depuse	– planifică un program de exerciţii şi de mers, în funcţie de capacitatea pacientului – învaţă pacientul să utilizeze diferite aparate de susţinere pentru activităţile cotidiene – ajută pacientul să facă băi calde, exerciţii fizice, îi face masaje la nivelul extremităţilor – administrează medicaţie antiparkinsoniană
Pacientul să-şi satisfacă toate nevoile organismului	– pacientul va fi ajutat să-şi satisfacă nevoile organismului

4. Postura inadecvată

Este o problemă de dependenţă, reprezentată de orice poziţie care nu respectă principiile poziţiei anatomice a corpului şi care predispune individul la diferite deformări.

Pozițiile inadecvate se pot întâlni ca urmare a:

– oboselii, slăbiciunii musculare, anxietății stresului sau durerii în cursul unor boli; pacientul imobilizat la pat nu-și poate schimba poziția și este predispus la alterări ale integrității pielii, la nivelul punctelor de presiune, la deformări, la complicații pulmonare;

– modificările produse de boală în organism, cum ar fi contractura musculară (tetanos);

– reacției, conștiente sau inconștiente, ale individului (de exemplu, poziția cocoș de pușcă, în meningită);

– măsuri profilactice în prevenirea unor complicații (de exemplu, cu membrul inferior, ridicat pe o pernă în tromboflebită);

– terapiei necesare vindecării (de exemplu, în cursul tratamentului fracturilor prin extensie continuă);

– măsurilor de prim ajutor (de exemplu, în anemiile acute posthemoragice);

– examinării endoscopice sau clinice a unor organe.

Manifestări de dependență

oboseală musculară	– reducerea temporară a capacității funcționale a mușchiului, consecință a activității excesive, prelungite
deformări ale coloanei vertebrale	– cifoză (deviația coloanei vertebrale, cu o convexitate posterioară) – lordoză (accentuarea curburii lombare a coloanei vertebrale) – scolioză (deviația laterală a coloanei vertebrale)
deformări ale membrelor inferioare	– genu valgum – deformări în care genunchii sunt apropiați, iar picioarele depărtate – genu varum – deformări în care genunchii sunt depărtați în schimb picioarele apropiate – picior strâmb: – sprijinit pe antepicior (ecvin) – sprijinit pe călcâi (talus) – sprijinit pe partea externă (varus) – sprijinit pe partea internă (valgus) – picior plat – bolta plantară prăbușită

deformări ale șoldurilor	– luxație – ieșirea capului femural din articulația coxofemurală
poziții inadecvate	– pentru examinare: – ginecologică – pacienta stă pe spate, cu genunchii flectați, depărtați, iar coapsele flectate pe abdomen; – genu-pectorală – pieptul pe plan orizontal, pacientul sprijinindu-se pe genunchi, poziție utilizată pentru examenul rectoscopic; – Trendelenburg – trunchiul, membrele inferioare mai sus decât capul (poziția asigură circulația sângelui la creier)
poziții patognomonice	– sunt specifice unei boli; de exemplu, în tetanos – opstotonus – pleurostotonus – în meningită poziția „cocoș de pușcă" (capul în hiperextensie, iar membrele inferioare flectate atât din articulația coxofemorală, cât și din aceea a genunchiului)
dificultate de schimbare a poziției	– semișezând în pat (pacienții cu dispnee) – decubit ventral (poziție inadecvată, când pacientul nu-și poate schimba singur poziția)
torticolis	– înclinarea capului într-o parte, datorită contracturii musculaturii gâtului
bătătură (clavus)	– hiperkeratoză ușor reliefată, netedă

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– lezări ale oaselor și mușchilor – defecte de structură osoasă – durere, dispnee – orice împiedică mobilizarea (aparate, atele...)
Surse de ordin psihologic	– anxietate, stres – situație de criză, tulburări de gândire
Surse de ordin sociologic	– condiții de muncă inadecvate

Lipsa de cunoaştere	– insuficienta cunoaştere de sine şi a celorlalţi

- Intervenţiile asistentei -

Pacient cu postură inadecvată

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să aibă postura adecvată	– Instalează pacientul în pat, respectând poziţiile anatomice ale diferitelor segmente ale corpului – foloseşte utilajele auxiliare şi de confort, pentru menţinerea poziţiei anatomice
Pacientul să aibă o poziţie care să favorizeze respiraţia, circulaţia sângelui, drenajul secreţiilor bronşice	– instalează, de urgenţă, pacientul cu tulburări respiratorii (dispnee) în poziţie semişezând – instalează, de urgenţă, pacientul cu anemie acută posthemoragică, în poziţie Trendelenburg – instalează pacientul cu secreţie bronşică, în poziţie de drenaj postural – foloseşte utilaje pentru confortul pacientului, în aceste poziţii
Pacientul să nu prezinte complicaţii ca: escare de decubit, anchiloze, contracturi	– schimbă poziţia pacientului la interval de 2 ore – verifică pielea în regiunile cu proeminenţe osoase, odată cu schimbarea poziţiei – masează punctele de presiune la fiecare schimbare a poziţiei – asigură igiena tegumentelor şi a lenjeriei de pat şi de corp – efectuează exerciţii pasive şi active (după caz) – învaţă pacientul care este poziţia adecvată

5. Circulaţia inadecvată

Circulaţia inadecvată a fost tratată în cadrul problemelor de dependenţă ale nevoii de a respira şi de a avea o bună respiraţie

TEST DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR

Nevoia mişcării şi a unei bune posturi

A. *Înlocuiţi termenul lipsă:*

1. Aprecierea satisfacerii nevoii de mişcare se face prin observarea_____individului, a __________ pe care le poate executa, a pulsului şi_________.

2. Problemele pacientului cu dependența nevoii de mișcare sunt:_______________când pacientul nu-și poate mișca corpul sau o parte din el; hiperactivitatea care este______;________ mișcărilor ca și poziția_________.

3. Poziția inadecvată reprezintă poziția__________ principiile poziției anatomice ale corpului și predispune la________.

4. Sursele de dificultate în satisfacerea nevoii de mișcare de ordin__________sunt________ tulburări de gândire________,__________, ___________.

B. a. *Așezați pe două coloane următoarele manifestări de independență și dependență ale nevoii de mișcare*

– poziție ortostatică, cap drept, spate drept	– crampă
– supinație	– exerciții fizice active
– pronație	– atonie
– anchiloză	– cifoză
– tremurături	– poziție șezând cu coapsele orizontale
– mișcări armonioase	– torticolis
– scolioză	– mișcări coordonate
– contractură	– flexie
	– rotație
	– atrofie

b. Indicați care dintre manifestările de dependență sunt consecința imobilizării la pat:____

____

____

C. *Indicați dacă următoarele afirmații sunt adevărate, sau false*

1. Mișcarea adecvată a corpului nu influențează satisfacerea celorlalte nevoi ale organismului.
2. Pentru a menține independența pacientului privind mișcarea, asistenta stabilește cu acesta un program de exerciții adecvate vârstei sale.
3. Pacientul imobilizat la pat e predispus la escare, deformări osoase.
4. Pacientul cu hiperactivitate este capabil să-și asigure securitatea fizică în mod independent.
5. Postura inadecvată poate fi prezentată pacientului ca o măsură profilactică.
6. Schimbarea poziției pacientului imobilizat la pat, la 2 ore, previne complicațiile.
7. Poziția Trendelenburg asigură o bună circulație în membrele inferioare.
8. Pozițiile patognomonice sunt caracteristice unei boli
9. În timpul imobilizării active, asistenta urmărește dacă pacientul execută numai mișcările ce-i sunt permise.
10. Respirația și circulația sanguină sunt nevoi ale organismului care nu influențează mișcarea și postura corpului.

RĂSPUNSURI

Setul A

1. posturii; mișcărilor; tensiunii arteriale
2. imobilitatea; creșterea ritmului mișcărilor și activităților; necoordonarea; inadecvată
3. care nu respectă; deformări
4. psihic, anxietate; memorie; separare, doliu

Setul B

a. *Manifestări de independență:*
- poziție ortostatică, cap drept, spate drept
- supinație
- pronație
- mișcări armonioase
- exerciții fizice active
- poziție șezând, cu coapsele orizontale
- mișcări coordonate
- flexie
- rotație

Manifestări de dependență:
- anchiloză
- tremurături
- scolioză
- contractură
- crampă
- atonie
- cifoză
- torticolis
- atrofie

b. Anchiloză, contractură, crampă, atonie, atrofie

Setul C

1.F	4.F	7.F	10.F
2.A	5.A	8.A	
3.A	6.A	9.A	

„Somnul ... este o baie după a zilei muncă istovitoare,
Un balsam al minții noastre obosite...
Un nutritor de căpetenie la ospățul vieții..."
(W. Shakespeare)

5. NEVOIA DE A DORMI ȘI A SE ODIHNI

Definiție

Este o necesitate a fiecărei ființe umane de a dormi și a se odihni în bune condiții, timp suficient, astfel încât să-i permită organismului să obțină randamentul maxim.

1. *Independența în satisfacerea nevoii*

Ființa umană consacră o parte importantă a vieții somnului și odihnei.

ODIHNA este perioada în care se refac structurile alterate ale organismului, se completează resursele energetice folosite, se transportă produșii formați în timpul efortului, fie în ficat, – acidul lactic, fie în rinichi, organ excretor.

SOMNUL este forma particulară de odihnă prin absența stării de veghe.

Somnul eliberează individul de tensiuni psihologice și fizice și îi permite să găsească energia necesară activității cotidiene.

În timpul somnului, activitățile fiziologice descresc, are loc diminuarea metabolismului bazal, tonusului muscular, a respirației, pulsului, tensiunii arteriale. Sporește secreția hormonilor de creștere, mai ales la pubertate.

Acestea sunt mai evidente în timpul somnului nocturn și mai reduse, în cel diurn.

Se cunosc *două tipuri de somn*: somnul lent, clasic sau ortodox, şi somnul paradoxal cu activitate rapidă corticală.

Somnul lent reprezintă o veritabilă perioadă de odihnă pentru organism (numai parţial pentru creier), are un rol reparator, restaurator, fortifiant, cu funcţie în creşterea şi reînnoirea ţesuturilor corporale.

Somnul rapid, paradoxal, este important pentru refacerea creierului (creşte fluxul sanguin în creier).

Visele se produc în somnul paradoxal. Cei treziţi din somnul paradoxal îşi amintesc precis conţinutul visului cu detalii.

În alte faze, îşi amintesc greu sau deloc.

Ciclul de somn este constituit din perioade de somn lent, care, pe măsura înaintării în noapte, îşi pierde din calitatea de somn profund, şi din perioada de somn rapid.

Variaţiile în producerea ciclurilor de somn sunt mari de la individ la individ.

Pentru a se menţine starea de independenţă este necesară respectarea ritmului somn-veghe.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii de somn

Biologici	– *Vârsta* Nevoia de odihnă şi somn variază în funcţie de vârstă: – copilul, în timpul creşterii, are nevoie de mai multe ore de somn, care se diminuează progresiv până la vârsta adultă, când se stabilizează – la persoanele vârstnice, nevoia orelor de somn rămâne nemodificată, se modifică calitatea somnului (superficial, dificultăţi de adormire, frecvenţa trezirilor nocturne, facilitatea aţipirilor diurne) – *Necesităţi proprii organismului* Există persoane care dorm mai puţin, păstrându-şi vioiciunea şi puterea de muncă, în timp ce altele necesită un număr mare de ore de odihnă şi somn – *Activitatea* O activitatea fizică adecvată predispune individul la un somn regenerator – *Deprinderi legate de somn* Somnul îşi are regulile sale, ritualul său, de care este necesar să se ţină seama; culcarea la aceeaşi oră, somnul nocturn, confortul, unele deprinderi înainte sau la culcare cum sunt: lectură plăcută, baie caldă, băutură caldă sau rece; la copii, poveştile sau jocul cu jucăria preferată favorizează somnul. – *Ritmul veghe-somn* – Funcţia veghe-somn reprezintă un proces biologic a cărei periodicitate este legată de alternanţa zi-noapte; schimbarea

	acestei alternanţe poate explica perturbările funcţiei veghe-somn apărute la speologi, cosmonauţi, muncitori care lucrează în ture. Această perturbare veghe-somn atrage după sine perturbarea numeroaselor sisteme biologice. Somnul nocturn este mult mai odihnitor decât cel diurn. – *Capacitatea de a te destinde* Eliberarea de tensiunile nervoase, preocupările zilnice, relaxarea fizică şi psihică favorizează instalarea somnului; dacă nu se eliberează de acestea, este posibil să adoarmă cu mare greutate.
Psihologic	– *Anxietatea, teama, neliniştea:* Starea de nelinişte mai mult sau mai puţin conştientă, care produce o puternică tensiune interioară, manifestată prin nesiguranţă şi tulburări neuro-vegetative, modifică calitatea şi cantitatea somnului.
Sociologic	– *Programul de activitate:* Persoanele care au un program de muncă, variabil au ritmul veghe-somn modificat; aceasta influenţează satisfacerea nevoii de a dormi, a te odhni. Culcarea la ore fixe, somnul de noapte asigură odihna necesară organismului. – *Locul de odihnă:* Confortul, numărul de persoane cu care împarte camera, intimitatea şi liniştea locului de odihnă pot modifica repausul şi somnul.

Manifestări de independenţă

Somnul	– Durata – În funcţie de vârstă: nou-născut: 16-20 ore 1 an: 14-16 ore 3 ani: 10-14 ore 5-11 ani: 9-13 ore adolescent: 12-14 ore adult: 7-9 ore persoane vârstnice: 6-8 ore – *Calitatea* – Regenerator, calm, fără coşmaruri, fără întreruperi, adoarme cu uşurinţă şi se trezeşte odihnit; la copil somnul nocturn, continuu este instalat după luna a 3-a, iar la sfârşitul lunii a 10-a, organizarea este ca la adult. – vise agreabile, plăcute

Perioade de repaus	– Pentru evitarea suprasolicitării fizice şi psihice, perioadele de activitate trebuie intercalate cu perioade de repaus. – Durata acestor perioade, intervalul la care se succed, programarea judicioasă în raport cu activitatea depusă şi necesităţile organismului au un efect binefăcător, recreativ asupra organismului. Exemplu: pauza după ora de curs
Perioade de relaxare şi timp liber	– Este necesară activitatea bine organizată şi judicios alternată cu perioade de relaxare şi timp liber, care să permită refacerea forţei fizice şi a capacităţii intelectuale. Exemplu: vacanţa elevilor.
Modalităţi folosite pentru odihnă şi relaxare	– Din mijloacele de destindere şi odihnă, de mare varietate şi complexitate vor fi adesea cele mai adecvate firii şi posibilităţii pacientului. Sunt evitate modalităţile care nu oferă posibilitatea destinderii şi nu contribuie la menţinerea sănătăţii. – Cea mai eficientă odihnă este cea activă: după activităţi fizice – activităţi intelectuale; după activităţi intelectuale, activităţi fizice uşoare, plăcute.

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea nevoii de a dormi, a se odihni

Intervenţii

– menţine condiţiile necesare somnului, respectând dorinţele şi deprinderile persoanei

– observă dacă perioadele de relaxare, de odihnă sunt în raport cu necesităţile organismului şi munca depusă

– îi explică necesitatea menţinerii unei vieţi ordonate, cu un program stabilit

– îl învaţă tehnici de relaxare şi modalităţi care să-i favorizeze somnul prin discuţii, demonstraţii, material documentar

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Dacă această nevoie nu este satisfăcută, apar următoarele probleme de dependenţă:

1. **Insomnie**
2. **Hipersomnie**
3. **Incomoditate – Disconfort**
4. **Oboseală**
5. **Dificultate sau incapacitate de a se odihni (vezi anexele 3 şi 6)**

Surse de dificultate

DE ORDIN	
Fizic	– Afecţiuni organice – cerebrale, endocrine, constrângeri fizice, dezechilibre, durerea, surmenajul
Psihic	– Afectarea gândirii, anxietate, frustrare, stres, situaţie de criză, pierdere, separare
Social şi lipsa cunoaşterii	– Eşecul funcţiei, lipsa cunoştinţelor, insuficienţa cunoaşterii de sine, anturaj inadecvat, temperatura, ambianţa inadecvată, creşterea stimulilor senzoriali în locuinţă şi nu numai

1. Insomnie: dificultatea de a dormi sau de a te odihni dormind

Manifestări

Somn perturbat	– *Numărul de ore de somn* Ore insuficiente de somn – durata totală de 6 ore – *Insomnii iniţiale* – pacientul adoarme foarte greu după care doarme până dimineaţa – *Insomnii terminale* – după o adormire normală, se trezeşte şi nu mai poate adormi – *Calitatea somnului* Pacienţii nu sunt satisfăcuţi de somnul lor întrerupt, agitat, superficial – Insomnii dormiţionale – apariţia multiplelor perioade de veghe, care survin în timpul nopţii, fărâmiţând somnul nocturn; trezirile durează vreme îndelungată, sunt chinuitoare; aceste treziri pot fi după vise cu conţinut neplăcut sau coşmaruri – Insomnii predormiţionale – stare de veghe prelungită până la instaurarea somnului – Insomnii post-dormiţionale – survin la vârstnici şi mai ales la cei care se culcă la ore timpurii.
Aţipiri în timpul zilei	Pacientul aţipeşte pentru durate scurte de timp; în funcţie de durata şi numărul lor, ele pot completa sau nu lipsa orelor de somn nocturn; unii pacienţi dorm în timpul zilei şi somnul de

	noapte este de scurtă durată, dar totalizează numărul necesar de ore de somn (falsa insomnie).
Coşmaruri	Vis penibil, dominant; pacientul se trezeşte brusc din somn, neliniştit, agitat, adoarme din nou cu greutate.
Somnambulism	Tulburare paroxistică de somn; pacientul se dă jos din pat şi începe să umble prin cameră, străzi, locuri periculoase; are privirea rătăcită, mişcări dezordonate, nu vorbeşte, nu răspunde la întrebări; după un timp se întoarce, se culcă, adoarme.
Apatia	Lipsa de interes faţă de ambianţă şi propria persoană. Rămâne în pat timp îndelungat în căutarea somnului.
Pavorul nocturn	Stare de spaimă intensă , care apare în timpul somnului, mai frecvent la copii; pacientul se trezeşte brusc din somn, se ridică în şezut, ţipă, gesticulează, are privirea rătăcită, încearcă să fugă; după câteva minute, această stare dispare, pacientul adoarme.
Nelinişte	Teama nejustificată care apare pe fondul de instabilitate emoţională, tulburând odihna pacientului; tulburări de gândire, manifestate prin apariţia în conştiinţa pacientului contrar voinţei, unor reprezentări, idei, sentimente pe care se străduieşte să le îndepărteze.
Confuzie	Pacientul prezintă percepţii false (percepe un obiect sau un fenomen), fiind convins de realitatea lor; aceste stări îl împiedică să se odihnească.
Iritabilitate	Pacientul prezintă o stare de tensiune psihică continuă, manifestată prin nelinişte, frământare; adoarme greu, somn întrerupt, superficial.
Sentiment de depresie – tristeţe	Pacienţii nesatisfăcuţi uneori de repausul lor, sunt convinşi că nu au dormit toată noaptea.
Diminuarea puterii de concentrare	Pacientul nu se poate concentra asupra unei activităţi, atenţia este diminuată, are gesturi nesigure.
Oboseala	Pacientul se simte obosit, mai obosit ca la culcare, facies sumbru, ochi încercănaţi, vorbire tremurată, tremurătura extremităţilor.

- Intervenţiile asistentei -

Pacient cu insomnie

OBIECTIV	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de somn corespunzător cantitativ şi calitativ	– învaţă pacientul să practice tehnici de relaxare, exerciţii respiratorii... minute înainte de culcare – oferă pacientului o cană cu lapte cald înainte de culcare, o baie caldă – învaţă pacientul care se trezeşte devreme, să se ridice din pat câteva minute, să citească, să asculte muzică, apoi să se culce din nou – identifică nivelul şi cauza anxietăţii la pacienţii cu insomnie – observă şi notează calitatea, orarul somnului, gradul de satisfacere a celorlalte nevoi – întocmeşte un program de odihnă corespunzător organismului – administrează tratamentul medicamentos – observă efectul acestuia asupra organismului

2. Hipersomnie - Ore excesive de somn. Prelungirea duratei şi intensificarea profunzimii somnului.

Manifestări de dependenţă

Somn modificat	– *Numărul de ore de somn noaptea* – Peste 10 ore, la adult, şi 12 ore, la copil (se exclud condiţiile particulare de oboseală după eforturi excesive, convalescenţă sau insomnii, care necesită o recuperare de somn) – *Calitatea somnului* – Se diferenţiază de somnul normal prin profunzime, durată, bruscheţea apariţiei. Durata, modul de instalare, evoluţia depind de natura şi localizarea afecţiunii cauzale.
Somnolenţa (accese de somn diurn)	– Aţipiri; pacientul aude cuvintele rostite tare, poate răspunde cu oarecare brutalitate, laconic. Fără un stimul, adoarme. Poate dura zile, săptămâni, poate fi urmată de inversări ale ritmului nictemeral.

Letargia	– Hipersomnie continuă, mai profundă; poate fi trezit pentru scurtă vreme prin excitații violente, păstrând un grad de obnubilare și torpoare intelectuală. Poate dura ore, zile, luni ani. Funcțiile vitale sunt diminuate
Narcolepsia	– Necesitatea subită de somn, precedată de pierderea tonusului muscular. Apare în perioade de inactivitate sau postprandial, dar pacienții pot adormi și în plină activitate. Somnul este superficial, întretăiat de treziri, vise dezagreabile, reacții vegetative, transpirații, bufeuri.
Comportament verbal și nonverbal	– Lent, greoi, pacientul răspunde cu greutate la întrebări.
Oboseala	– Stare de epuizare musculară și nervoasă, pe care bolnavul o acuză.
Inactivitate	– Starea permanentă de somn, pe care o resimte pacientul, diminuează posibilitatea efectuării unor activități fizice.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu hipersomnie

OBIECTIV	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de un număr de ore de somn corespunzător vârstei	*Asistenta medicală:* – identifică, prin discuțiile cu pacientul sau familia, cauza hipersomniei; – identifică cu pacientul metodele de diminuare a factorilor cauzatori – creează un climat de încredere, încurajează și liniștește pacientul pentru a-și recăpăta echilibrul psihic – observă și notează toate schimbările care survin în starea pacientului – administrează tratamentul medicamentos
Pacientul să fie activ, cooperant	– identifică care sunt activitățile agreate de pacient – elaborează împreună cu pacientul un program de activitate, care să corespundă stării pacientului și posibilităților organismului – observă somnul, calitatea acestuia, raportul între starea de veghe și somn

3. Disconfort: senzație de jenă, de neplăcere fizică și psihică

Manifestări de dependență

Iritabilitatea	– Imposibilitatea pacientului de a se menține calm și a se comporta liniștit și adecvat situației
Indispoziție, jenă	– Stare de lipsă de voie bună, de mâhnire
Stare de disconfort	– Stare neplăcută de incomoditate
Diaforeză	Transpirație abundentă care determină starea de disconfort
Dureri musculare	Poziția incomodă determină contractări musculare prelungite, dureroase pentru pacient

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu disconfort

OBIECTIV	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să beneficieze de confort fizic și psihic	– discută cu pacientul pentru a identifica cauzele disconfortului (teamă etc) – favorizează odihna pacientului, prin suprimarea surselor care-i pot determina disconfortul și iritabilitatea – creează senzație de bine pacientului, prin discuțiile purtate – facilitează contactul cu alți pacienți, cu membrii familiei – aplică tehnici de îngrijire curentă, necesare obținerii stării de satisfacție – observă și notează schimbările

4. Oboseala: senzație penibilă, însoțită de inactivitate, stare de epuizare nervoasă și musculară

Manifestări de dependență

Fața	– Palidă, exprimă tristețea
Ochii	– Încercănați, privirea încețoșată

Pulsul	– Rar, lent, slab bătut
Tensiunea arterială	– Tendinţa de scădere a valorii normale
Somnul	– Somnolenţă diurnă
Aspectul tegumentelor	– Palide, transpiraţii reci
Starea psihică	– Plictiseală, apatie
Greutatea corpului	– Scăderea acesteia
Astenie	– Scăderea forţei

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu oboseală

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie odihnit cu tonusul fizic şi psihic bun în decurs de......... zile	– identifică cauza oboselii – ajută pacientul să-şi planifice activităţile cotidiene – observă dacă perioadele de odihnă corespund necesităţilor organismului – stimulează încrederea pacientului în forţele proprii şi în cei care îl îngrijesc – învaţă pacientul cum să execute tehnici de relaxare – ajută la aplicarea corectă a acestora – observă şi notează funcţiile vitale şi vegetative, perioada somn-odihnă, comportamentul pacientului – administrează medicaţia indicată de medic – observă efectul acesteia

TEST DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR

Înlocuiţi termenul care lipseşte:

1. Somnul este forma____________________ prin absenţa stării de____________________.
2. Ciclul de somn este constituit din perioade______________________________ şi perioade de somn______________________________.
3. Insomnia este____________________ de a dormi sau____________________ dormind.
4. Hipersomnia reprezintă ore____________________ de somn, prelungirea ____________________ şi____________________ somnului.

5. Calitatea somnului în hipersomnie se diferenţiază de somnul normal prin________________.
6. Dependenţa în satisfacerea nevoii de a dormi, a te odihni se manifestă prin: incomoditate, ______________ hipersomnie_________________________________.
7. În somnolenţă bolnavul aude cuvintele rostite________________.
8. Numărul orelor de somn în hipersomnie este peste__________________ la adult şi ________ la copil.
9. Oboseala este starea de__________________ nervoasă şi_____________________.
10. Coşmarul este un________________________ dominant.

Încercuiţi răspunsul corect

1. Satisfacerea nevoii de a dormi, a te odihni este influenţată de următorii factori psihologici:
a) anxietatea
b) vârsta
c) teama
d) neliniştea
e) locul de odihnă

2. Independenţa în satisfacerea nevoii de a dormi, a te odihni se manifestă prin următoarele calităţi ale somnului:
a) regenerator
b) calm
c) cu întreruperi
d) adormire cu uşurinţă
e) superficial

3. Insomnia dormiţională se manifestă prin:
a) veghe prelungită până la instalarea somnului
b) multiple perioade de veghe care fărâmiţează somnul nocturn
c) somnul întrerupt

4. Somnul paradoxal se manifestă prin:
a) apariţia activităţilor musculare
b) secuse musculare ale extremităţilor
c) fixitatea globilor oculari
d) variaţii cardio-vasculare şi respiratorii
e) apariţia viselor
f) mioză

5. Dependenţa în satisfacerea nevoii „a dormi, a te odihni" este determinată de surse de dificultate de ordin social:
a) insuficienţa cunoaşterii de sine
b) anturaj inadecvat
c) surmenaj
d) anxietate
e) ambianţă inadecvată

6. Bolnavul cu problemă de dependenţă – oboseala prezintă următoarele manifestări:
a) faţă palidă
b) ochi încercănaţi
c) somn odihnitor
d) tegumente normal colorate
e) apatie
f) agitaţie

7. Durata somnului în funcție de vârstă este:
   a) 1 an =10-12 ore
   b) 3 ani = 10-14 ore
   c) adult = 9-11 ore

8. Dependența în satisfacerea nevoii de a dormi, a te odihni, la bolnavul cu probleme de incomoditate se manifestă prin:
   a) iritabilitate
   b) dureri musculare
   c) hipersomnie

9. Pavorul nocturn se manifestă prin:
   a) trezire bruscă din somn
   b) privire rătăcită
   c) apatie
   d) țipete
   e) ațipiri
   f) gesticulații
   g) somnolență

10. Necesitatea subită de somn precedată de pierderea tonusului muscular reprezintă:
   a) letargia
   b) anorexia
   c) narcolepsia
   d) pavorul nocturn

În următoarele enunțuri notați care sunt adevărate și care false

1. Ritmul circadian veghe-somn este un ritm nictemeral.
2. La un copil de 1 an sunt suficiente 10 ore de somn.
3. Visele se produc în somnul lent.
4. Ritmurile circadiene sunt în strânsă relație cu ritmul veghe-somn.
5. În insomnia inițială bolnavul după o adormire normală se trezește și nu mai poate readormi.
6. O activitate fizică adecvată organismului predispune la insomnie.
7. Culcarea la ore fixe asigură odihna necesară organismului.
8. Somnambulismul este o tulburare paroxistică de somn.
9. Letargia este o insomnie continuă
10. Variațiile în producerea ciclurilor de somn nu diferă de la pacient la pacient.

RĂSPUNSURI LA TEST

Înlocuiți termenul care lipsește:

1. particulară de odihnă; veghe
2. de somn lent; profunde
3. dificultatea; de a te odihni
4. excesive; duratei; intensificarea profunzimii
5. profunzime; durata; bruschețea apariției
6. insomnie; oboseală
7. tare
8. 10; 12
9. epuizare
10. vis penibil

Încercuiți răspunsul corect:

1. a; c; d
2. a; b; d
3. b; c
4. b; d; e; f
5. a; b; e
6. a; b; e
7. b
8. a; b
9. a; b; d; f
10. c

În următoarele enunțuri, notați care sunt adevărate și care false:

1. adevărat
2. fals
3. fals
4. adevărat
5. fals
6. fals
7. adevărat
8. adevărat
9. fals
10. fals

„Îmbrăcămintea este cel mai evident indicator al apartenenței la diferitele subculturi"
(I. Chelcea)

6. NEVOIA DE A SE ÎMBRĂCA ȘI DEZBRĂCA

Definiție

Este o necesitate proprie individului de a purta îmbrăcăminte adecvată după circumstanțe, temperatura zilei, activitate, pentru a-și proteja corpul de rigorile climei (frig, căldură, umiditate), permițându-i o libertate a mișcărilor.

Veștmintele asigură o bună exigență și protecție a intimității sexuale și au de asemenea, o semnificație aparte pentru un grup, o ideologie, sau un statut social.

Veștmintele pot deveni element de prelungire a personalității, alegerea unui ornament, exprimând individualitatea, sentimentul de demnitate și autorespect.

Lipsa de îmbrăcăminte poate reprezenta o pierdere a libertății (când este obligat să poarte ceea ce nu-i face plăcere) și un mijloc de pedepsire.

Din punct de vedere al psihiatrilor, vestimentația este un semn de sănătate. O îmbrăcăminte bizară, stridentă, cu multe podoabe, poate exprima chiar o boală psihică.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Omul, contrar animalelor, are nevoie de haine cu care să se îmbrace, pentru a se proteja de rigorile climei; preocupat de sănătatea sa, el își alege veștmintele adecvate circumstanțelor și necesităților proprii.

Veștmintele atestă integritatea individului și protejează intimitatea sa sexuală. În plus, îmbrăcămintea, prin preocupările general estetice, contribuie la expresia corporală și participă, în mod semnificativ, la comunicare.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Biologici	– *Vârsta*: temperatura corpului variază în funcție de vârstă; individul își procură veștmintele adecvate pentru a se proteja împotriva variațiilor temperaturii mediului ambiant. – *Copiii mici și persoanele în vârstă* au temperatură corporală mai coborâtă decât persoanele adulte, deci trebuie să utilizeze veștminte mai călduroase (copiii au tendință mai mare de pierdere a temperaturii datorită unui sistem de autoreglare mai labil, fiind în dezvoltare, iar vârstnicii, datorită diminuării funcțiilor organismului). – *Talie, statură:* în vederea asigurării stării de bine, indivizii își aleg veștmintele în funcție de talie și statură. – *Activitate:* pentru confort și libertatea în mișcare, indivizii în funcție de activitate, poartă veștmintele adecvate.
Psihologici	– *Credință:* indivizii care aderă la o religie sau la ideologie poartă veștminte sau obiecte care sunt semnificative pentru aceștia sau pentru comunitatea cărora le aparțin. În plus, purtarea uniformei permite indivizilor să se distingă în societate ca făcând parte dintr-un anumit grup. – *Emoțiile:* influențează alegerea și purtarea veștmintelor care permit exprimarea unor sentimente și a unei stări de confort psihic.
Sociologici și culturali	*Clima*: cea caldă obligă indivizii să-și aleagă veștminte care să le permită menținerea temperaturii corpului; pentru a împiedica acumularea de căldură și umiditate se vor purta veștminte albe, largi, ample, ușoare, în timp ce veștmintele de culoare închisă și groase mențin temperatura corpului în limite normale, împiedicând pierderea căldurii. *Statutul social*: societatea, prin normele sale, impune indivizilor un statut care-i obligă să se îmbrace și să poarte

	obiecte prin care să dovedească rangul lor social. După condiţiile financiare, pot apărea limite în alegerea şi purtarea îmbrăcăminţii. *Munca:* condiţiile de muncă pot, de asemenea, influenţa alegerea şi purtarea veştmintelor. Siguranţa muncii este dată de echiparea cu obiecte speciale de vestimentaţie, protectiv împotriva accidentelor, frigului, zgomotelor, etc. *Cultura:* prin veştminte, se poate contribui la conservarea tradiţiilor şi, de aceea, oamenii adoptă îmbrăcăminte care îi va distinge de ceilalţi (portul popular).

Manifestări de independenţă

Semnificaţia veştmintelor	*Veştminte*: tot ce acoperă corpul uman ce îl ascunde şi-l protejează – ele sugerează apartenenţa sau neapartenenţa la un grup social, profesional, cultural, religios, etc.
Alegerea personală	– veştminte alese după gust şi circumstanţe (personalitatea individului, ocazii festive, protejarea corpului de intemperii, preferinţe vestimentare, modă)
Sortarea veştmintelor	– adecvate funcţiilor psihologice • în concordanţă cu importanţa acordată îmbrăcăminţii şi ţinutei personale
Calitatea veştmintelor	– adecvate climatului, statutului socio-cultural
Proprietatea veştmintelor	– reliefează nivelul socio-economic, statutul social
Purtarea de obiecte semnificative	– pune în evidenţă rangul social, însemnătatea personală (prin medalion, talisman), funcţie religioasă, secta religioasă, calitatea de funcţionar de stat, ritualuri etc.
Exigenţe în intimitate	modă, norme sociale; ordonat, curat tot timpul, în orice activitate – funcţională, estetică
Capacitatea fizică de îmbrăcare şi dezbrăcare	– mobilitate articulară, tonus muscular, maturitate psihomotorie
Talie şi statură	– vârstă, sarcină, grad de dezvoltare a ţesutului adipos etc.

- Intervențiile asistentei -

Menținerea independenței

– învață persoana să-și aleagă îmbrăcămintea corespunzătoare climei, temperaturii mediului înconjurător, activității, vârstei

– explorează gusturile și semnificația veștmintelor la fiecare persoană

– încurajează persoana pentru ca să-și aleagă singur îmbrăcămintea, ornamentele, accesoriile dorite

II. *Dependența în satisfacerea nevoii de a se îmbrăca și dezbrăca*

Problemele de dependență în satisfacerea acestei nevoi sunt:

1. Dificultate de a se îmbrăca și dezbrăca
2. Dezinteres pentru ținuta vestimentară
3. Neîndemânare în a-și alege haine potrivite (anexele 3 și 6)

Surse de dificultate

De ordin fizic	*incapacitatea intrinsecă* – lezarea fizică (fracturi, arsuri, plăgi) – diminuarea motricității membrelor superioare (slăbiciune, paralizie, hipotonie, pareze) – absența unui membru superior sau unei porțiuni din membru (bont) *incapacitatea extrinsecă* – obstacole ce împiedică mobilizarea membrelor superioare (aparate gipsate, sisteme de imobilizare – chingi, benzi adezive, pansamente, plăgi) *dezechibre* – durere – slăbire – fatigabilitate
De ordin psihologic	– tulburări de gândire – anxietate – stres – pierderea imaginii de sine – pierderea/separația – situație de criză
De ordin socio-economic	– eșecuri – conflicte – sărăcie

	pierderea cunoştinţei – insuficienta cunoaştere de sine, a celorlalţi şi a mediului înconjurător
Lipsa de cunoaştere	– insuficienta cunoaştere de sine, a mediului înconjurător

1. Dificultate de a se îmbrăca şi dezbrăca
2. Dezinteres pentru ţinuta vestimentară

Manifestări de dependenţă

Dificultatea/incapacitatea de a se îmbrăca şi dezbrăca	– Dificultatea de a-şi încheia şi descheia nasturii – Dificultatea sau incapacitatea de a-şi mişca membrele superioare – Dificultatea de a se încălţa şi descălţa
Dezinteres faţă de ţinuta sa	– Apatie în a se îmbrăca – Acces de melancolie
Refuzul de a se îmbrăca şi dezbrăca	
Alegerea inadecvată de veştminte	– Îmbrăcăminte exagerată, caraghioasă, coafuri bizare
Veştminte inconfortabile	– Neadecvate taliei; masei corporale
Dezbrăcare continuă	

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu dificultate de a se îmbrăca şi dezbrăca

OBIECTIVE	
Pacientul să cunoască importanţa satisfacerii de a se îmbrăca şi dezbrăca în termen de...	– educă pacientul privind importanţa vestimentaţiei în identificarea personalităţii – notează zilnic interesul persoanei pentru a se îmbrăca şi dezbrăca – supraveghează cu ce se îmbracă – explică legăturile dintre ţinuta vestimentară, imagine şi stima de sine – încurajează pacientul

Pacientul să se poată îmbrăca și dezbrăca singur în termen de...	– identifică capacitatea și limitele fizice ale persoanei îngrijite – îi acordă timp suficient pentru a se îmbrăca și dezbrăca; recomandă, dacă amețește, să se îmbrace în fotoliu șezând – sugerează aparținătorilor să-i procure pacientului haine largi, ușor de îmbrăcat, cu mod de încheiere simplu; încălțăminte fără șiret – face zilnic exerciții de motricitate fină cu pacientul descriindu-i gestica necesară îmbrăcării – asistenta îmbracă și dezbracă pacientul în caz de paralizii ale membrelor, susținând membrul paralizat în timpul îmbrăcării; începe îmbrăcarea cu membrul paralizat și apoi cu cel sănătos și dezbrăcarea în mod invers.
Pacientul cu tulburări psihice recâștigă independența de a se îmbrăca și dezbrăca în termen de...	– evaluează gradul de confuzie și observă schimbările de comportament, orientându-l regulat în timp și spațiu – solicită persoanei să se îmbrace, vorbindu-i clar, distinct, cu respect și răbdare, respectând ritmul acesteia – explică gesturile pe care trebuie să le facă pentru a se îmbrăca, în limbaj inteligibil – așază obiecte în cameră în aceeași ordine tot timpul, iar hainele în ordinea folosirii lor și solicită pacientului la dezbrăcare să le pună în ordine inversă

TEST DE EVALUARE

A. Înlocuiți termenii care lipsesc:

1. Pentru menținerea temperaturii corpului în limite normale, veștmintele sunt alese în funcție de...

2. Sursele de dificultate, în manifestările de dependență de ordin fizic, pot fi.................... dezechilibre.

3. Imposibilitatea de a se îmbrăca și dezbrăca se situează la două niveluri: primul nivel se raportează la..................... vestimentației.

Cel de-al doilea nivel se raportează la............................... pacientul.

4. Când nevoia de a te îmbrăca și dezbrăca nu este satisfăcută, respirația poate fi modificată ca.............. și......................... respiratorie.

5. Îmbrăcarea și dezbrăcarea pot să aibă ca sursă de dificultate diminuarea mo... ății .... sau absența..........................

B. Din următoarele enunțuri, precizați care noțiuni sunt adevărate și care sunt false.

1. Cultura poate ajuta la conservarea tradițiilor?
   a) da
   b) nu

2. Proprietatea veștmintelor este o manifestare că este satisfăcută nevoia de a te îmbrăca și dezbrăca.
   a) da
   b) nu

3. Factorii biologici care influenţează satisfacerea nevoii de a te îmbrăca şi dezbrăca sunt: emoţiile, clima
a) da
b) nu

4. Nevoia de a învăţa poate fi influenţată, dacă nevoia de a te îmbrăca şi dezbrăca este satisfăcută
a) da
b) nu

5. Talia şi statura pot influenţa satisfacerea nevoii de a te îmbrăca şi dezbrăca
a) da
b) nu

C. Încercuiţi răspunsul corect:

1. Factorii psihologici care influenţează satisfacerea nevoii de a te îmbrăca şi dezbrăca sunt:
a) credinţă, emoţii
b) muncă, talie, statură
c) credinţă, cultură

2. Surse de dificultate de ordin psihologic sunt:
a) tulburări de gândire, diminuarea motricităţii, stres
b) stres, anxietate, pierderea imaginii de sine
c) situaţie de criză, anxietate, fatigabilitate

3. Obstacolele care împiedică mobilitatea membrelor superioare pot avea ca surse de dificultate:
a) lezarea fizică, slăbirea, sărăcia
b) insuficienţa cunoştinţelor, stresul, hipotonia musculară
c) hipotonia musculară, aparatul gipsat, absenţa membrului superior

4. Luarea deciziei în alegerea vestimentaţiei adecvate poate avea ca sursă de dificultate:
a) starea de slăbiciune, fractura la nivelul membrului superior
b) tulburări de gândire, durerea
c) pierderea imaginii de sine, tulburări de gândire

5. Factorii biologici care influenţează satisfacerea nevoii de a te îmbrăca şi dezbrăca sunt:
a) clima, emoţiile, talia, statura
b) vârsta, activitatea, cultura
c) vârsta, activitatea, talia, statura

RĂSPUNS LA TESTUL
privind nevoia de a te îmbrăca şi dezbrăca

A. 1. în funcţie de vârstă, activitate, temperatura mediului înconjurător
2. insuficienţa intrinsecă, insuficienţa extrinsecă
3. luarea deciziei în alegerea vestimentaţiei:
– la capacitatea de a se îmbrăca şi dezbrăca
4. ritm, amplitudine
5. membrele superioare, absenţa unui membru ori a unei porţiuni din membru

B. 1. da
2. da
3. nu
4. da
5. da

C. 1. a
2. b
3. c
4. c
5. c

„Viața este ansamblul funcțiilor care rezistă morții"
(Bichat)

7. NEVOIA DE A MENȚINE TEMPERATURA CORPULUI ÎN LIMITE NORMALE

Definiție

Menținerea temperaturii corpului în limite normale este o necesitate a organismului de a conserva o temperatură la un grad aproximativ constant, pentru a-și menține o stare de bine.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Temperatura corpului se menține constantă datorită echilibrului dintre termogeneză și termoliză. Menținerea echilibrului este asigurată de funcționarea centrilor termoreglatori, situați la hipotalamus.

În producerea de căldură – termogeneza –, intervin procesele biochimice, căldura fiind rezultatul proceselor oxidate din organism, mai ales prin activitatea musculară și glandulară.

În pierderea de căldură – termoliza –, intervin mecanisme fizice, căldura pierzându-se prin piele, plămâni, rinichi.

Pierderile se realizează prin:

- *evaporare,* care reprezintă pierderea căldurii datorită eliminării transpirației și evaporării ei prin piele. Respirația, antrenează o pierdere de căldură și, astfel, răcirea corpului;

- *radiație,* care reprezintă pierderea căldurii sub formă de unde electromagnetice, atunci când temperatura mediului înconjurător este mai mică decât temperatura corpului;

– *conducție,* care reprezintă pierderea căldurii prin contactul direct al corpului cu obiecte reci (băi reci, cuburi de gheață);

– *convecție,* care reprezintă pierderea căldurii printr-o circulație de aer în jurul corpului (evantai, vânt rece).

Temperatura mediului înconjurător influențează termogeneza astfel:
– când temperatura mediului înconjurător scade, pe cale reflexă, se produce o creștere a activității musculare (tremurături) și deci se intensifică procesele oxidative;
– când temperatura mediului înconjurător crește, se produce pe cale reflexă, o diminuare a proceselor oxidative;

În pierderile de căldură intervin *mecanisme fizice:*

– *vasoconstricție,* în caz de frig, deci, pierderi reduse de căldură;

– *vasodilatație,* în caz de temperatură crescută a mediului, deci, pierderi mai mari de căldură.

Echilibrul dintre termogeneză și termoliză se numește *homeotermie.*

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* • Nou-născutul și copilul mic au termoreglarea fragilă, datorită imaturității centrului reglator, de aceea temperatura lor corporală este ușor influențată de cea a mediului ambiant. Temperatura corpului la noul-născut este cuprinsă între 36,1 – 37,8° C. – *Adultul* își menține temperatura corpului între 36-37° C – *Vârstnicul,* prin diminuarea proceselor nervoase, este predispus la temperaturi în jur de 35-36° C (prin diminuarea proceselor oxidative). – *Exercițiul* – în timpul activității musculare foarte intense, temperatura corpului poate crește cu 2,2-2,7° C peste valorile normale, dar revine când activitatea încetează. Temperatura corpului scade în timpul inactivității. – *Alimentația* – ingestia de alimente, în special proteinele, ridică temperatura corpului. – *Variația diurnă* – temperatura corpului variază în funcție de ora zilei: este minimă între orele 3-5 dimineața (remisiune matinală), datorită diminuării proceselor metabolice în timpul somnului; este maximă seara, între orele 18-23 (exacerbarea vesperală); valorile matinale sunt cu 0,5° C mai mici decât vesperale

	– *Sexul* – la femei temperatura corporală înregistrează valori peste 37° C în a doua jumătate a ciclului menstrual, în timpul ovulației.
Factori psihologici	– Anxietatea – *Emoțiile puternice* pot determina o creștere a temperaturii corporale
Factori sociologici	– *Locul de muncă* cu condiții de creștere sau scădere a temperaturii mediului ambiant pot determina dereglări ale temperaturii corpului – *Climatul* – umed și cald determină creșterea temperaturii corporale, climatul rece și umed determină scăderea temperaturii corpului – *Locuința* – temperatura încăperii influențează temperatura corpului. Astfel: camera supraîncălzită produce creșterea temperaturii corpului prin radiația aerului către individ. Același fenomen, în sens invers, se întâmplă când temperatura locuinței este scăzută.

Manifestări de independență

Temperatura corporală	– nou-născut și copilul mic 36,1-37,8° C – adult 36-37° C obținută prin măsurare în cavitatea axilară – vârstnic 35-36° C – Prin măsurarea temperaturii în cavitățile închise (rect, vagin, cavitatea bucală) valorile sunt cu 0,3-0,5° C mai mari decât cele axilare.
Piele	– culoare roz, temperatură călduță – transpirație minimă – senzație plăcută față de frig sau căldură
Temperatura mediului ambiant	– 18-25° C

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

- când temperatura mediului ambiant este crescută, învață pacientul:
  - să reducă din alimentație, alimentele cu valoare calorică mare; de exemplu, grăsimile

- să consume lichide şi alimente reci
- să aibă o bună ventilaţie în încăpere, la locul de muncă
- să aibă îmbrăcăminte lejeră, amplă, de culoare albă
- când temperatura mediului ambiant este scăzută, învaţă pacientul:
  - să crească cantitatea de alimente, în general, şi a celor calorigene, în special
  - să ingere lichide şi alimente calde
  - să aibă în încăpere temperatura de 18-25° C
  - să poarte îmbrăcăminte călduroasă

II. *Depedenţa în satisfacerea nevoii de a menţine constantă temperatura corpului*

Survin *două* probleme de dependenţă:

1. Hipertermia

2. Hipotermia

Sursele de dificultate ale acestor probleme de dependenţă

Surse de ordin fizic	– dereglări funcţionale ale hipotalamusului, provocate de anomalii cerebrale, de substanţe toxice piretogene (bacterii, droguri) – imaturitatea sistemului de termoreglare – supraîncărcarea: căldura sau frigul excesiv la care este expus corpul – dereglări hormonale: hipo – sau hiperfuncţia tiroidiană
Surse de ordin psihologic	– anxietatea – mânia
Surse de ordin sociologic	– umiditatea şi temperatura ridicată din mediu – umiditatea şi temperatura scăzută din mediu – calitatea necorespunzătoare a veşmintelor
Lipsa cunoaşterii	– cunoştinţe insuficiente despre mediul înconjurător, despre sine

1. Hipertermia

Problema de dependenţă constă în ridicarea temperaturii corporale deasupra limitelor normale: 37 grade C la adult.

Hipertermia poate constitui un mecanism de apărare al organismului, pentru că, în momentul invaziei microbiene, determină producerea de anticorpi printr-o creştere a metabolismului.

Manifestări de dependenţă

Subfebrilitatea	– menţinerea temperaturii corporale între 37-38° C
Febră moderată	– menţinerea temperaturii corporale între 38-39° C
Febră ridicată	– menţinerea temperaturii corporale între 39-40° C
Hiperpirexie	– menţinerea temperaturii corporale peste 40° C
Frisoane	– contracţii musculare puternice
Piele roşie, caldă, umedă	– pielea, la început, este palidă, apoi roşie, caldă şi transpirată
Piloerecţia	– piele de găină, senzaţie de frig
Sindrom febril	– grup de semne: cefalee, curbatură, tahicardie, tahipnee, inapetenţă, sete, oligurie, urini concentrate, convulsii, halucinaţii, dezorientare
Erupţii cutanate	– macule, papule, vezicule, întâlnite în bolile infecţioase
Febră continuă	– menţinerea temperaturii corporale în perioada de stare a bolii peste 37° C cu diferenţa sub 1 grad C între valorile înregistrate dimineaţa şi seara
Febră intermitentă	– diferenţă de câteva grade între valorile înregistrate dimineaţa şi seara în perioada de stare a bolii, cele mai mici valori scăzând sub 37° C
Febră remitentă	– diferenţă de câteva grade între valorile înregistrate dimineaţa şi seara, în perioada de stare a bolii, dar cele mai mici valori nu scad sub 37° C
Febră recurentă	– perioade febrile de 4-6 zile, ce alternează cu perioade de afebrilitate de 4-6 zile, trecerile făcându-se brusc
Febră ondulantă	– perioade febrile, ce alternează cu perioade de afebrilitate, trecerea făcându-se lent

În evoluţia oricărei febre (hipertermie) se disting *trei* perioade:

– perioada iniţială (de debut)

– perioada de stare

– perioada de declin

Perioada de debut poate fi de câteva ore – debut brusc – sau de câteva zile – debut lent.

Perioada de stare poate să dureze zile sau săptămâni, aspectul curbei febrile fiind diferit, în funcție de boală.

Perioada de declin poate fi scurtă – declin în criză – sau de câteva ziel – declin în liză.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu hipertermie

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să-și mențină temperatura corpului în limite fiziologice	– aerisește încăperea – asigură îmbrăcăminte lejeră – aplică comprese reci, împachetări reci, pungă cu gheață, fricțiuni – încălzește pacientul în caz de frisoane – administrează medicația recomandată de medic: antitermice, antibiotice
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic	– calculează bilanțul ingesta-excreta pe 24 ore – servește pacientul cu cantități mari de lichide
Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic	– schimbă des lenjeria de pat și de corp – menține igiena tegumentelor – pregătește psihic pacientul, înaintea tehnicilor de recoltare și examinare

2. Hipotermia

Hipotermia reprezintă scăderea temperaturii corpului sub limite normale, cauzată de un dezechilibru între termogeneză și termoliză. Este mai puțin nocivă decât hipertermia.

În copilărie, hipotermia este cauzată de lipsa de maturitate a mecanismelor de termoreglare; la adult – *de expunerea prelungită la frig, de dereglări endocrine, de abuzul de sedative și alcool; la persoana vârstnică, cauza este încetinirea activității sistemului nervos.*

Manifestări de dependență

Hipotermie	– valori ale temperaturii corpului sub limita normală: 36° C
Hipotensiune arterială	– scăderea tensiunii arteriale
Cianoza	– colorație vineție a buzelor, unghiilor, urechilor
Eritem	– roșeața feții, urechilor, mâinilor
Edem generalizat	– tumefierea întregului corp
Durere	– la nivelul regiunii expuse la frig
Oboseală	– stare de epuizare musculară
Tulburări de vorbire	– vorbire lentă
Somnolență	– nevoie crescută de somn
Degerături	– leziuni de necroză la nivelul pielii, determinate de temperatura scăzută
Apatie	– indiferență
Parestezii	– senzație de amorțeli și furnicături, în regiunea expusă la frig

Pacient cu hipotermie

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să aibă temperatura corpului în limite fiziologice	– încălzește lent, pacientul cu pături, termofoare – crește, treptat, temperatura mediului ambiant – recoltează sânge pentru cercetarea glicemiei, hemogramei, hematocritului – pregătește pacientul pentru EKG
Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic	– adiministrează lichide ușor călduțe, în cantități mici, la intervale regulate de timp – calculează raportul ingesta-excreta pe 24 ore
Pacientul să-și păstreze integritatea tegumentelor	– pune extremitățile pacientului, în apă călduță de 37° C – masează extremitățile – administrează tratamentul prescris: antibiotice, corticoizi, analgezice

TEST DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR

A. Înlocuiţi termenul care lipseşte:

1. Termogeneza reprezintă______________ ca urmare a ____________________ din organism.
2. Termoliza este ______________ şi se produce prin fenomenele fizice __________, convecţie,__________,__________.
3. Cavităţile în care se măsoară temperatura corpului sunt:______________, cavitatea,__________,__________.
4. Factorii biologici ce influenţează temperatura corpului sunt:__________, alimentaţia şi________ diurnă.
5. Independenţa în menţinerea constantă a temperaturii corpului se manifestă prin gradul temperaturii corporale, dar şi prin__________ şi__________ pielii, transpiraţie__________ stare__________.
6. Hipertermia este datorată______________între ______________ şi termoliză.
7. Hiperpirexia reprezintă temperatura corpului ce depăşeşte______________.
8. Sindromul febril este un mănunchi de______________ ce încolţesc__________.
9. Obiectivele principale ale îngrijirii bolnavului febril sunt de a __________ şi a menţine__________ hidric al______________.
10. Hipotermia se recunoaşte după semnele caracteristice, temperatura corporală__________ la extremităţi, dureri, ______________ oboseală, __________.

B. Indicaţi care din următoarele enunţuri sunt adevărate sau false.

1. În toate cavităţile în care se măsoară temperatura corpului, se înregistrează aceleaşi valori.
2. Echilibrul dintre termogeneză şi termoliză este denumit homeotermie.
3. Nou-născutul are temperatura corpului cuprinsă între 36,1-37,7° C
4. Climatul influenţează temperatura corpului
5. Asistenta medicală nu are sarcini de îngrijire, dacă pacientul nu prezintă probleme privind temperatura corpului
6. Febra intermitentă se caracterizează prin menţinerea constantă a temperaturii corpului între 37-38° C
7. Erupţiile cutanate pot fi manifestări ale problemei de dependenţă – hipertermia
8. Copilul febril poate prezenta convulsii
9. Frisoanele se pot reduce prin folosirea pungii cu gheaţă
10. În cazul degerăturilor, segmentul afectat va fi introdus în apă fierbinte.

C. Încercuiţi răspunsul corect din următoarele enunţuri:

1. Când temperatura mediului ambiant creşte peste 25° C, se produc următoarele fenomene:
   a) vasoconstricţie periferică
   b) inhibarea activităţilor glandelor sudoripare
   c) vasodilataţie periferică

2. La adult, temperatura normală a corpului, măsurată în axilă, este:
   a) 36,1-37,7° C
   b) 36-37° C
   c) 36,3-36,5° C

3. Radiaţia este un mijloc de pierdere a căldurii corpului, reprezentată prin:
a) eliminarea lichidelor din organism
b) unde electromagnetice emise în mediul ambiant
c) contactul corpului cu obiecte reci

4. Temperatura cea mai crescută a corpului se înregistrează:
a) dimineaţa, între orele 3-5
b) la prânz, între orele 12-14
c) seara, între orele 20-23

5. La persoanele vârstnice, pierderile de căldură sunt mai mari datorită:
a) reducerii proceselor oxidative
b) neadaptării organismului
c) climatului

6. Pentru independenţă în satisfacerea nevoii de a menţine constantă temperatura corpului, se recomandă:
a) reducerea din alimentaţie a grăsimilor, glucidelor şi proteinelor
b) alimentaţie bogată în vitamine
c) reducerea cantităţii de lichide pe 24 ore

7. În caz de hipertermie, apar probleme, manifestări şi la nivelul celorlalte nevoi fundamentale:
a) dispnee
b) poliurie
c) inapetenţă

8. Degerătura este o manifestare cutanată determinată de hipotermie, caracterizată prin:
a) uşoară iritaţie a pielii
b) amorţeli locale
c) necrozarea ţesuturilor

9. Pentru creşterea temperaturii corporale la nou-născut, se pot folosi:
a) termoforul
b) păturile calde
c) împachetări cu parafină

10. În planul de nursing al bolnavului cu hipertermie, se va evalua zilnic:
a) temperatura corporală
b) scaunul
c) aspectul tegumentelor

REZOLVAREA TESTULUI DE EVALUARE

Testul A

1. producerea de căldură, proceselor oxidative
2. pierderea de căldură, evaporare, radiaţie, conducţie
3. axila, bucală, rectală
4. sexul, activitatea fizică, variaţia

5. culoarea, temperatura, minimă, bine (confort)
6. dezechilibru, termogeneza
7. peste 40° C
8. manifestări, febră
9. menţine temperatura corpului, în limite fiziologice, echilibru al organismului
10. sub 36° C, cianoză, furnicături, bradicardie

Testul B

1– F	5–F	9 – F
2–A	6–F	10 – F
3-A	7–A	
4–A	8–A	

Testul C

1–c	5–a	9 – a, b
2–b	6–a	10 – a, c
3–b	7–a, c	
4–c	8–c	

„Rana dacă se deschide anevoie se închide"
(proverb românesc)

8. NEVOIA DE A FI CURAT, ÎNGRIJIT, DE A PROTEJA TEGUMENTELE ŞI MUCOASELE

Definiţie:

A fi curat, îngrijit şi a-ţi proteja tegumentele şi mucoasele sunt o necesitate pentru a-ţi menţine o ţinută decentă şi pielea sănătoasă, aşa încât aceasta să-şi poată îndeplini funcţiile:

I. *Independenţa în satisfacerea nevoii*

Datorită alcătuirii sale variate, pielea îndeplineşte o serie de funcţii, şi anume:
– apără organismul împotriva agenţilor patogeni, împiedicând pătrunderea acestora
– îl apără împotriva unor radiaţii (ultraviolete), prin pigmenţii pe care îi conţine
– recepţionează excitaţiile termice, tactile şi dureroase
– participă la excreţia substanţelor rezultate din metabolism: prin glandele sudoripare, elimină apă, clorură de sodiu, uree, glucoză, corpi cetonici
– participă la termoreglare atât prin termoliză, cât şi prin menţinerea temperaturii, prin stratul adipos ce are rol de izolator termic

– participă la absorbție (unele medicamente pot fi absorbite prin piele, intrând apoi, în circulația generală)
– participă la respirație, o cantitate mică de O_2 poate intra prin piele; la fel, se elimină o cantitate mică de CO_2.

Pentru a îndeplini aceste roluri, trebuie ca pielea să fie curată, sănătoasă și îngrijită. Pielea se prelungește prin mucoase care acoperă orificiile (nas, ochi, urechi, vagin, rect) care la rândul lor trebuie să fie curate și îngrijite, pentru a asigura binele individului și buna funcționare a organelor respective.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta.* La copil și persoanele în vârstă, pielea este mai sensibilă, mai puțin rezistentă la variații de temperatură, la microbi și la infecții. În urma îmbătrânirii, dinții pot să slăbească în rezistență și cad, părul devine mai puțin rezistent și la fel, unghiile. – *Temperatura.* Datorită variațiilor de temperatură, pielea se usucă, se deshidratează. Când temperatura este prea ridicată, pielea participă la termoreglare prin glandele sudoripare, eliminând o cantitate de sudoare (transpirație). – *Exercițiile fizice.* Acestea ameliorează circulația și facilitează eliminarea deșeurilor din organism prin piele. – *Alimentația.* Absorbția unei cantități suficiente de lichide dă elasticitate pielii
Factori psihologici	– *Emoțiile.* Pot crește sudorația; pielea este acoperită de transpirație și necesită măsuri specifice de igienă – *Educația.* În funcție de educație, indivizii au deprinderi igienice diferite, unii acordându-le o atenție deosebită, alții mai puțin.
Factori sociologici	– *Cultura.* Importanța curățeniei diferă după nivelul de cultură. Indivizii au obiceiuri de igienă și curățenie care variază ca frecvență și manifestare. – *Curentul social.* Apar obiceiuri de igienă și curățenie după modă (coafură, produse cosmetice, etc) – *Organizarea socială.* Obiceiuri de igienă în funcție de condițiile fizice, materiale sau de promiscuitate.

Manifestări de independență

păr	– lungime, suplețe, strălucire
urechi	– configurație normală, curățenie
nas	– mucoasă umedă, fose nazale libere
cavitate bucală	– dentiție albă, completă, fără carii – mucoasa bucală umedă și roz – gingiile aderente dinților și roz
unghii	– curate, tăiate scurt, culoare roz
piele	– curată, netedă, catifelată, elastică, pigmentată normal
deprinderi igienice	– baie, duș (frecvență, durată) – spălarea dinților (frecvență, periaj corect, produse folosite) – spălarea părului (frecvență, produse folosite)

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în satisfacerea nevoii

– explorează obiceiurile pacientului
– planifică un program de igienă cu pacientul, în funcție de activitățile sale
– îl învață măsuri de igienă corporală

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Când această nevoie nu este satisfăcută, apar cinci probleme de dependență:

1. **Carențe de igienă**
2. **Alterarea tegumentelor și a fanerelor**
3. **Dezinteres față de măsurile de igienă** (vezi anexele 3 și 6)
4. **Dificultate de a urma prescripțiile de igienă** (vezi anexa 3)
5. **Alterarea mucoaselor** (vezi anexa 6a)

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– *insuficiență intrinsecă:* – slăbiciunea sau paralizia membrelor superioare – lezare fizică – circulație inadecvată – *insuficiență extrinsecă:* – orice piedică a mișcării

	– imobilitate – puncte de presiune – *dezechilibru:* – durere – slăbiciune – dezechilibru endocrin
Surse de ordin psihologic	– tulburări de gândire – anxietate, stres – pierderea imaginii corporale – situaţie de criză
Surse de ordin sociologic	– sărăcie – eşec – conflict
Lipsa cunoaşterii	– lipsă de cunoştinţe – insuficienta cunoaştere de sine, a altora şi a mediului înconjurător

1. Carenţe de igienă

Neglijenţa în măsurile de igienă sau incapacitatea de a se păstra curat, fie din cauza bolii sau a slăbiciunii, fie prin refuzul de a se spăla, are drept consecinţă aparenţa de neîngrijit. Tegumentele sunt murdare şi lasă poartă deschisă infecţiilor.

Manifestări de dependenţă

părul	– murdar şi gras, în dezordine – pediculoză
urechile	– murdărie acumulată în conductul auditiv extern – pavilioane murdare – murdărie retroauriculară
nas	– rinoree – cruste
cavitatea bucală	– absenţa dinţilor – carii dentare – culoare galbenă a dinţilor – proteze dentare neîngrijite – prezenţa tartrului pe dinţi (depuneri dure şi adezive) – halenă fetidă (miros neplăcut al gurii)

	– limbă încărcată – fisuri ale buzelor
unghii	– netăiate – murdărie acumulată la capătul unghiilor
pielea	– gri sau neagră, în anumite locuri – barbă murdară – aspră
deprinderi igienice	– nu se spală – nu se piaptănă – dezinteres față de măsurile de igienă – degajă miros dezagreabil

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu carențe igienice

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să prezinte tegumentele și mucoasele curate	– ajută pacientul, în funcție de starea generală, să își facă baie sau duș, sau îi efectuează toaleta pe regiuni – pregătește materialele pentru baie – pregătește cada – asigură temperatura camerei (20-22° C) și a apei (37-38° C) – ajută pacientul să se îmbrace, să se pieptene, să-și facă toaleta cavității bucale, să-și taie unghiile – pentru efectuarea toaletei pe regiuni, pregătește salonul și materialele, protejează pacientul cu paravan și-l convinge cu tact și cu blândețe să accepte – efectuează toaleta cavității bucale la pacienții inconștienți
Bolnavul să-și redobândească stima de sine	– identifică, împreună cu pacientul cauzele și motivația preocupării pentru aspectul fizic și îngrijirile igienice – ajută pacientul să-și schimbe atitudinea față de aspectul său fizic și față de îngrijirile igienice – conștientizează pacientul în legătură cu importanța menținerii curate a tegumentelor, pentru prevenirea îmbolnăvirilor

2. Alterarea tegumentelor și fanerelor

Leziunile la nivelul tegumentelor pot fi cauzate de diminuarea circulației sanguine în punctele de presiune, prin iritația produsă de veștminte (haine necorespunzătoare) și prin acumulare de murdărie.

Organismul uman, prin funcția de apărare a pielii, este protejat împotriva agenților externi. Totuși aceștia reușesc, uneori, în funcție de gradul de vulnerabilitate, să provoace leziuni.

O presiune exercitată un anumit timp asupra unei regiuni, prin tulburările trofice pe care le determină, produce apariția escarelor sau chiar necroza țesutului.

Murdăria acumulată la nivelul pielii produce cruste ce pot degenera în ulcerații.

Orice leziune a pielii este o poartă de intrare a germenilor patogeni, de unde rezultă importanța menținerii integrității ei.

Manifestări de dependență

eritem	– pată congestivă datorată vasodilatației
excoriații	– pierdere de substanță superficială, apărută în urma unui traumatism (frecvent după prurit)
cruste	– leziune elementară secundară, datorită uscării unei serozități provenite dintr-o ulcerație (veziculă, flictenă); se prezintă ca mici depozite de fibrină, provenită din plasma sanguină
vezicule	– ridicături ale epidermului (bășici) rotunde, de dimensiuni mici, pline cu lichid clar și de cele mai multe ori însoțite de prurit și durere
pustule	– abces minuscul la suprafața tegumentului, localizat la rădăcina firului de păr și constituind așa-numitele leziuni de foliculită (coșuri); pot fi primitive sau secundare, prin infectarea veziculelor care se pustulizează
papula	– leziune caracterizată printr-o ridicătură circumscrisă și solidă, la suprafața pielii; ea se datorește fie unei îngroșări a pielii (hipertrofie), fie unei infiltrații apoase (edem local)
fisuri	– întreruperi liniare ale continuității tegumentului
descuamație	– desprinderea celulelor comoase, superficiale, din epidermă (furfuracee, pitiriazică, lamelară, sau în lambour)
acnee	– pustulă determinată de un agent patogen specific
furuncule	– infecție specifică foliculului pilosebaceu, produsă de stafilococul auriu

intertrigo	– micoză cutanată, situată la nivelul plicilor și interdigital, caracterizată prin eritem pruriginos, apoi, decolorare epidermică, secreție și depozit albicios, prin macerarea epidermei cornoase cu fisurarea fundului pliului
vitiligo	– leuco-melano-dermie de natură, probabil, neuroendocrină, caracterizată prin pete acromice, mărginită de o zonă hiperpigmentată
ulcerații	– pierdere de substanță rezultând dintr-un proces patologic ce acționează asupra pielii; poate fi superficială (eroziune) sau profundă (exulcerație și ulcerație propriu-zisă)
escare	– distrugeri tisulare ca urmare a unui deficit de nutriție locală, – de obicei, prin leziuni vasculare sau prin compresiune continuă; se pot produce și prin acțiunea directă a unor factori infecțioși sau prin toxinele lor, sau sub acțiunea unor substanțe chimice caustice
edeme	– acumulare de lichid seros în țesuturi
varice	– dilatări permanente ale venelor superficiale, însoțită de insuficiența valvulelor peretelui venos; sensul circulației venoase este inversat în ortostatism
hemoroizi	– afecțiuni ale plexurilor venoase anale și din partea terminală a rectului, constând în dilatarea acestor vene, cu apariția de procese inflamatorii și trombotice
ulcere varicoase	– erodare a țesutului pe teren varicos
alopecie	– lipsa pariţială sau totală a părului

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu alterarea tegumentelor și fanerelor

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să nu devină sursă de infecții nosocomiale	– ia măsuri de prevenire a infecțiilor nosocomiale – leziunile care s-au suprainfectat vor fi protejate cu pansament efectuat în condiții de perfectă asepsie, atât a tegumentelor, materialelor cât și a mâinilor persoanei care îl execută – pansamentul se va face cu blândețe, pentru a nu distruge țesuturile nou formate prin procesul de vindecare

	– desfacerea pansamentelor se va face blând, umezindu-le la nevoie – supraveghează ca pansamentele să nu fie prea strânse, pentru a nu împiedica circulația sanguină
Pacientul să fie echilibrat nutrițional, pentru favorizarea cicatrizării leziunilor cutanate	– multe dintre leziuni sunt determinate de hipersensibilitatea organismului față de unele alimente; ca urmare, asistenta îndrumă pacientul să consume alimente neiritante și neexcitante – controlează alimentele provenite de la aparținători – învață pacientul să consume legume, făinoase, fructe și zarzavaturi – conștientizează pacientul și familia în legătură cu rolul nociv al alcoolului, cafelei, condimentelor, alimentelor prăjite, conservelor, afumăturilor
Pacientul să aibă o stare de bine fizic și psihic	– încurajează pacientul în permanență (leziunile sunt supărătoare prin pruritul pe care îl produc, prin aspectul dizgrațios prin posibilitatea de a lăsa cicatrici) – îi explică necesitatea intervențiilor – prelevează produse specifice pentru investigații de laborator (cruste, puroi, fire de păr, unghii)

TESTE DE VERIFICAREA CUNOȘTINȚELOR

la *tema*: a fi curat, îngrijit, a proteja tegumentele și mucoasele

Testul A

Înlocuiți termenul care lipsește:

1. Pielea participă la excreția substanțelor rezultate din metabolism prin________________.
2. Participă la termoreglare atât prin______________ cât și prin______________ temperaturii, prin stratul adipos care are rol de________________________ termic.
3. Are rol de apărare împotriva unor radiații prin________________________ pe care-i conține.
4. Satisfacerea nevoii este influențată de factori biologici ca: vârstă__________, exerciții fizice și__________________.
5. Când această nevoie nu este satisfăcută, apar________________ problemele de dependență: lipsa de curățenie și____________________.
6. Leziunile la nivelul tegumentelor pot fi cauzate de________________ circulație sanguină în punctele de presiune, prin______________ produsă de veștminte sau prin______________.
7. O presiune exercitată mai mult timp asupra unei regiuni, prin__________ pe care le produce, determină apariția______________ sau chiar________________________ țesuturilor.
8. Orice leziune apărută la nivelul tegumentelor constituie______________ a germenilor patogeni.
9. Excoriația este o______________ de substanță superficială, apărută în urma unui traumatism
10. Veziculele pot fi însoțite de______________________ și de______________________.

Testul B

Indicați dacă următoarele enunțuri sunt adevărate sau false:

1. Eritemul este o pată pigmentară datorată vasodilatației
2. Vezicula este o ridicătură a epidermului (bășicuță) plină cu puroi
3. Pustulele pot fi primitive sau secundare prin infectarea veziculelor care se pustulizează
4. Furunculul este o infecție specifică foliculului pilosebaceu, produsă de stafilococ
5. Vitiligo este o leuco-melano-dermie, caracterizată prin apariția de pete hiperpigmentate.
6. Escarele sunt distrugeri tisulare ca urmare a unui deficit de nutriție locală
7. Deprinderile igienice ale indivizilor sunt diferite în funcție de educație și cultură
8. Satisfacerea nevoii nu este influențată de alimentație
9. Sărăcia, anxietatea și stresul sunt surse de dificultate de ordin sociologic, ce influențează satisfacerea nevoii
10. Neglijența în măsurile de igienă sau incapacitatea de a se păstra curat are drept consecință aparența de neîngrijit.

REZOLVAREA TESTELOR

Testul A

1. glandele sudoripare
2. termoliza, menținerea, izolator
3. pigmenții
4. temperatură, alimentație
5. două, alterarea tegumentelor și a mucoaselor
6. diminuarea, iritația, acumularea de murdărie
7. tulburări trofice, escarelor, necroza
8. poartă de intrare
9. pierdere
10. prurit, durere

Testul B

1. fals
2. fals
3. adevărat
4. adevărat
5. fals
6. adevărat
7. adevărat
8. fals
9. fals
10. adevărat

„Viața omului este un război
împotriva răutății omului".
(Gracian)

9. NEVOIA DE A EVITA PERICOLELE

Definiție:

Nevoia de a evita pericolele este o necesitate a ființei umane pentru a fi protejată contra tuturor agresiunilor interne sau externe, pentru menținerea integrității sale fizice și psihice.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Viața oricărui individ poate fi amenințată la un moment dat de o suferință bruscă, care îl va aduce într-o situație critică.

De-a lungul vieții, oamenii sunt continuu asaltați de stimuli veniți din mediul înconjurător și anturaj.

Organismul uman este protejat contra agresiunilor de toate felurile (agenți fizici, chimici, microbieni sau din alte motive), pentru că posedă numeroase medii naturale ca: părul la nivelul orificiilor, secrețiile pielii, ca obstacole de penetrare a agenților externi.

El este capabil să-și mențină integritatea sa prin mecanismele naturale de autoapărare.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* Persoana adultă are abilitatea de a se proteja Are cunoștințe despre sine și dezvoltarea sa – Copilul – percepe sensul pericolului și în funcție de ritmul dezvoltării sale mintale, descoperă puțin câte puțin autoprotecția contra pericolelor, până la vârsta adultă – Persoanele în vârstă – prezintă diminuarea funcțiilor senzoriale și motorii și, în consecință, trebuie să-și ia măsuri particulare de autoapărare – *Mecanismul de autoapărare*. Individul posedă mecanisme de autoapărare înnăscute (exemplu: termoreglarea) sau însușite de-a lungul experinței sale; rezistența la îmbolnăviri este dată de protecția sa imunitară naturală sau dobândită, prin crearea de anticorpi specifici în urma unor îmbolnăviri infecțioase sau prin vaccinare.

Factori psihologici	– *Emoțiile și anxietatea* – pot provoca la individ utilizarea mecanismelor de apărare care permit conservarea integrității față de agresiuni de ordin psihologic – *Stresul* – fiecare stare de stres poate influența adaptarea individului la toate formele de agresiune stimulate de mecanismele de apărare
Factori sociologici	– *Salubritatea mediului* Un mediu sănătos este esențial persoanelor pentru un trai fără pericole Sunt necesare următoarele condiții: – temperatura ambiantă 18,3° C – 25° C – umiditatea între 30%-60% – lumina – nici prea întunecoasă, nici prea luminoasă – zgomot – a cărui intensitate să nu depășească 120 decibeli – mediul ambiant să conțină un minim de microorganisme, produse chimice, fum – condiții de securitate (precauție atunci când se folosesc aparate, obiecte care ar fi surse de accident) – *Rol social.* În funcție de exigențele locului de muncă și ale muncii lor, indivizii trebuie să utilizeze măsuri de protecție împotriva tuturor pericolelor. Astfel, salariații trebuie să aibă un mediu înconjurător și condiții de muncă care să permită satisfacerea nevoilor de muncă; cei cu un post cu responsabilități trebuie să folosească perioada de destindere pentru a preveni stresul și surmenajul. – *Organizarea socială.* Societatea prevede măsuri legale care trebuie luate pentru protecția individului contra pericolelor; în toate societățile sunt legiferate măsuri de prevenire a accidentelor, de prevenire a îmbolnăvirilor; în plus, societatea se ocupă și de bunul mers al individului pe parcursul anilor de viață, prin măsurile de protecție și de asigurări sociale. Aceste măsuri vizează: prevenirea îmbolnăvirilor și menținerea stării de sănătate, folosind un evantai multiplu de metode de educație, informații, publicitate etc. – *Clima.* În funcție de climă, individul utilizează metode de autoapărare față de condițiile nefavorabile climatice, în locuință sau în locurile colective. – *Religia.* Practicarea unor religii este o preocupare ideologică ce permite individului să-și mențină o securitate psihologică.

	– *Cultura.* Măsurile de protecţie contra pericolelor sunt variate în funcţie de cultură, ele sunt reliefate în tradiţii, fiind măsuri socio-economice ale unei societăţi. – *Educaţia.* Părinţii informează copilul foarte drastic – privind măsurile de securitate ce trebuie luate în lunga perioadă de creştere; şcoala se ocupă de educaţia copiilor, adultul socialmente este obligat să cunoască posibilele pericole pentru a stabili măsuri de prevenire pe care să le aplice.

Manifestări de independenţă

Securitatea fizică	*Măsuri de prevenire:* – a accidentelor – infecţiilor – bolilor – agresiunilor, a agenţilor fizici (mecanici, termici) chimici, (arsuri chimice, intoxicaţii), agresori umani, animale şi autoagresiuni (mutilări, suicid)
Securitatea psihologică	Stare de linişte a individului, care se simte la adăpost de toate pericolele. Individul poate realiza control liber asupra mediului înconjurător. *Măsuri* – metode de destindere, de relaxare şi de control al emoţiilor; – utilizarea mecanismelor de apărare în diferite situaţii; – răspuns eficace şi adaptat la agent stresant; – practicarea unui obicei, crez, religie
Securitatea sociologică	*Mediu sănătos:* – salubritatea mediului – calitatea şi umiditatea aerului 30%-60% – temperatura ambiantă între 18,3° C-25° C – fără poluare fonică, chimică, microbiană – mediu de siguranţă – măsuri de protecţie socială

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei

Pentru menţinerea unui mediu sănătos:

– educă pacientul pentru evitarea poluării atmosferei cu praf, încărcătură microbiană prin ştergerea umedă a mobilierului şi aerisirea încăperilor

– îndepărtează sursele cu miros dezagreabil

– participă la programe de propagande şi control, de educaţie a populaţiei pentru menţinerea unui mediu sănătos, în comunitate, unităţi de învăţământ
Pentru prevenirea accidentelor:
– face educaţie pentru prevenirea accidentelor, verifică dacă sunt respectate normele de securitate a muncii, normele ergonomice în unităţile cu activităţi cu risc de accidente
– explorează pericolele reale şi cele potenţiale la locul de muncă şi la domiciliu
Pentru prevenirea infecţiilor:
– supraveghează dacă sunt respectate normele de igienă, salubritate, dezinfecţie, dezinsecţie, deratizare şi circuitele funcţionale
– asigură implicarea populaţiei în aplicarea programelor pentru menţinerea şi promovarea sănătăţii
– supraveghează starea de sănătate a populaţiei şcolare prin controale periodice; face controale periodice persoanelor cu risc crescut la infecţie
– organizează – efectuează imunizările obligatorii

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii*

Când nevoia de a evita pericolele nu este satisfăcută, pot surveni mai multe probleme.

1. **Vulnerabilitatea faţă de pericole**
2. **Afectarea fizică şi psihică**
3. **Anxietate**
4. **Durere**
5. **Stare depresivă**
6. **Pierderea stimei de sine**
7. **Pierderea imaginii de sine**
8. **Pierdere, separare**
9. **Frica**

} (3–9) vezi anexele 3 şi 6

Sursele de dificultate sunt comune celor două probleme de dependenţă

Surse de ordin fizic	*Insuficienţă intrinsecă* – deficit senzorial – lipsă de sensibilitate – afectare fizică *Dezechilibru* – durere – dezechilibru metabolic – dezechilibru electrolitic *Surmenaj* – saturaţie senzoro-perceptuală

Surse de ordin psihic	– tulburări de gândire – anxietate – stres – pierdere – separaţie – pierderea imaginii corporale – situaţie de criză
Surse de ordin sociologic	– insalubritatea mediului – poluare – condiţii deficitare de muncă (absenţa măsurilor de protecţie) – lipsa amenajărilor sanitare – sărăcie – promiscuitate
~~Lispa~~ cunoaşterii Lipsa.	– insuficienta cunoaştere de sine, a altora şi a mediului înconjurător

Prezentăm în continuare două probleme:

1. Vulnerabilitatea faţă de pericole

Susceptibilitatea individului de a fi afectată integritatea sa fizică şi psihică.

Pericolul de infecţii, accidente, boli este mare la organismele slăbite, obosite, surmenate

Manifestări de dependenţă

Predispoziţie la accidente: **răniri** **căderi**	– Neatenţia poate fi responsabilă de accidente rutiere, de muncă sau alţi agenţi traumatici, fizici, chimici – Tegumentele pot fi lezate prin contact prelungit cu substanţe iritante, corozive, în lipsa echipamentului de protecţie – Apariţia de leziuni la nivelul spaţiilor interdigitale, plici datorate umezelii, căldurii, îmbrăcăminte neadecvată – Deshidratarea, edemaţierea predispun tegumentele la lezare.
Predispoziţie la infecţii: **gripă** **abces etc**	– Neîngrijirea corespunzătoare a acestor infecţii poate da complicaţii mai mari (pulmonare, cardiace, ale sistemului nervos, septicemie)

Predispoziție la: îmbolnăviri frecvente, fatigabilitate, surmenaj	– Îmbolnăvirile frecvente favorizează scăderea rezistenței organismului de autoapărare – Fatigabilitate – slăbire fizică, adinamie, lipsă de forță – Surmenaj – fatigabilitatea excesivă care influențează organismul; apare în urma unui exces de efort fizic, psihic – muncă extenuantă.
comportament depresiv și agresiv	– Comportamentul poate fi modificat cu tendință spre depresie sau agresivitate în foarte multe boli psihice; bolnavul poate avea tentativă de sinucidere sau poate deveni agresiv față de cei din jur. În unele forme instabile în cadrul unor psihopatii, bolnavii pot face acte antisociale – incendieri. În alte cazuri, bolnavii pot face acțiuni impulsive – crimă, automutilare, sinucidere

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu vulnerabilitate față de pericole

Obiective	Intervențiile asistentei, autonome și delegate
Pacientul să beneficieze de un mediu de siguranță fără accidente și infecții	– asigură condițiile de mediu adecvate, pentru a evita pericolele prin accidentare – amplasează pacientul în salon în funcție de starea sa, afecțiunea și receptivitatea sa – ia măsuri sporite de evitare a transmiterii infecțiilor în cazul îmbolnăvirilor cu boli transmisibile – prin izolarea pacienților, respectarea circuitelor, măsuri de igienă spitalicească (condiții de cazare, microclimat, alimentație, aprovizionare cu apă, îndepărtarea reziduurilor, sterilizare, curățenie, dezinfecție) – urmărește și apreciază corect potențialul infecțios al pacientului, receptivitatea sa și aplică măsurile de izolare a surselor de infecție – alege procedurile de investigație și tratament cu risc minim de infecție – informează și stabilește împreună cu pacientul planul de recuperare a stării de sănătate și creștere a rezistenței organismului, efectuează imunizările specifice și nespecifice necesare

Pacientul să fie echilibrat psihic	– favorizează adaptarea persoanei la noul mediu – creează un mediu optim pentru ca pacientul să-şi poată exprima emoţiile, nevoile – ajută pacientul să-şi recunoască anxietatea – furnizează mijloace de comunicare adecvate stării pacientului; furnizează informaţiile de care are nevoie – furnizează explicaţii clare şi deschise asupra îngrijirilor programate – învaţă pacientul tehnici de relaxare – face masaj al spatelui, mâinilor şi picioarelor – încurajează pacientul la lectură, activităţi etc, pentru a înlătura starea de anxietate – asigură legătura pacientului cu familia prin vizite frecvente – învaţă familia pentru a îngriji pacientul cu boli psihice, degenerative, dacă este necesar, în vederea reintegrării sale sociale

2. Alterarea integrităţii fizice sau psihice ori amândouă; efectul unei boli sau a unui stres, la nivel fizic sau psihic

Manifestări de dependenţă

Semne inflamatorii	Semnele inflamaţiei: – durere – roşeaţă locală a regiunii respective – tumefacţie (mărirea în volum) – limitarea mişcărilor segmentului afectat – căldură locală
Semne de insecuritate psihologică	– agitaţie – iritaţie – agresivitate – neîncredere – frică – idei de sinucidere

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu alterarea integrității fizice și psihice

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să-și satisfacă nevoile în funcție de starea de sănătate și gradul de dependență	– ajută și suplinește pacientul în satisfacerea nevoilor organismului – determină pacientul să participe la luarea deciziilor privind îngrijirile – administrează tratament medicamentos antiinflamator, antiinfecțios – aplică măsurile de prevenire a complicațiilor septice – folosește metode de relaxare pasivă; de exemplu, terapie muzicală, masaj
Pacientul să beneficieze de siguranță psihologică, pentru înlăturarea stării de anxietate	– asigură un mediu de protecție psihică adecvat stării de boală a pacientului, prin înlăturarea excitanților psihici – aplică tehnici de psihoterapie adecvate – asigură condițiile de mediu adecvate (cameră izolată, aerisită, temperatură adecvată, semiobscuritate) – încurajează pacientul să comunice cu cei din jur, să-și exprime emoțiile, nevoile, frica, opiniile – învață pacientul să folosească mijloacele de autoapărare (pentru persoanele cu risc sporit la pericol)

TEST DE EVALUARE

– nevoia de a evita pericolele –

A. Înlocuiți termenii care lipsesc:

1. Alterarea integrității.......................... poate fi din cauza unui agent.................... sau agent.......................... al.................................

2. Completați fraza: respirația ca problemă de dependență se manifestă prin...................... când nevoia de a te feri de pericole este afectată.

3. Înlocuiți termenii care lipsesc:

– Predispoziția la accidente manifestată prin neatenție poate avea ca sursă.................................. prin dezechilibru.. (dați un singur exemplu)

4. Completați fraza:

– Manifestările de independență a nevoii de a te feri de pericole poate fi evaluată prin lezarea securității..., securității psihologice și..

5. Completați fraza:

– Pentru asigurarea unui mediu sănătos sunt necesare următoarele condiții: temperatura mediului, ... umiditate.................... lumină.......................... zgomot a cărui intensitate să nu depășească............................ să conțină un minim de.........................

B. În următoarele enunțuri, notați care noțiuni sunt adevărate și care sunt false:

1. Imunitatea este proprietatea organismului să se apere la agresiunea unui agent străin
   a) adevărat
   b) fals

2. Când este alterată nevoia de a te feri de pericole, comunicarea este eficace la nivel intelectual.
   a) adevărat
   b) fals

3. Afectarea integrității fizice și psihice poate fi influențată de o stare emoțională și de mediul înconjurător
   a) adevărat
   b) fals

4. Menținerea unui mediu sănătos are importanță în folosirea mijloacelor de relaxare
   a) adevărat
   b) fals

5. Un comportament depresiv sau agresiv poate fi expus infecțiilor având ca sursă de dificultate lipsa sensibilității.
   a) adevărat
   b) fals

C. Încercuiți răspunsul corect:

1. Factorii biologici care influențează satisfacerea nevoii de a te feri de pericole sunt:
   a. – Vârsta, mecanisme de reglare ce fac față la agresiuni climaterice
   b. – Vârsta, stresul, mediul sănătos
   c. – Vârsta, mecanisme de apărare naturală și dobândite

2. Surse de ordin psihologic care influențează nesatisfacerea nevoii sunt:
   a. Stres, sărăcie, pierderea imaginii de sine
   b. Dezechilibru metabolic, afectarea fizică, infecții
   c. Poluare, lipsa igienei, condiții de trai inadecvate

3. Manifestările de dependență care reflectă insecuritatea psihologică, sunt:
   a. Stres, agitație, iritație, temperatură crescută
   b. Stres, durere, limitarea mișcărilor corpului
   c. Stres agitație, agresivitate, frică

4. Învățarea metodelor de relaxare și destindere și stăpânirea emoțiilor sunt necesare în situația când bolnavul este:
   a) agitat, cu tulburări de conștiență
   b) stres emoțional, surmenaj fizic și psihic, durere
   c) stare de încordare, temperatură ridicată, durere

5. Predispoziția la infecții este posibilă când este:
   a) Situație de criză, lipsă de condiții de trai
   b) Poluarea mediului, durere, dezechilibru hidroelectrolitic
   c) Insalubritate, sănătate deficitară, lipsa condițiilor de trai

A. 1. Alterarea integrității fizice și psihice pot fi datoare unui agent stresant sau agent cauzal al unei maladii

2. Dispnee

3. Fizică prin dezechilibru intrinsec. Ex.
   - deficit senzorial
   - lipsa sensibilității
   - lezare fizică

4. Fizică, securității psihologice și securitate socială

5. Temperatura - 18,3° C – 25° C
   umiditate – 30-60%
   lumină – nici prea luminoasă nici prea întunecoasă
   zgomot – să nu depășească 120 decibeli
   să conțină minim microorganisme, fum, produse chimice

B. 1. a. adevărat
2. a. adevărat
3.a. adevărat
4. b. fals
5. b. fals

C. 1. c
2. c
3. c
4.b
5.c

„Cuvântul este sunet și culoare,
e mesagerul gândului uman".
(T. Vianu)

10. NEVOIA DE A COMUNICA

Definiție:

Nevoia de a comunica este o necesitate a ființei umane de a schimba informații cu semenii săi. Ea pune în mișcare un proces dinamic, verbal și nonverbal, permițând persoanelor să se facă accesibile una alteia, să reușească să pună în comun sentimentele, opiniile, experiențele și informațiile.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Omul are nevoie de alte persoane pentru a răspunde ansamblului necesităților sale vitale și pentru a-și satisface nevoile sale superioare.

Familia, anturajul, ansamblul instituțiilor societății, prin intermediul comunicării, concură la transformarea copilului într-un individ în toată plenitudinea sa.

Comunicarea se realizează în *două* moduri:

– *modul nonverbal* – limbajul corpului (expresia ochilor, a figurii, gesturile, postura, mersul) este o formă arhaică de transmitere a trăirilor noastre interioare;

– *modul verbal* – este, prin excelență, vehicul al gândirii; limbajul verbal permite o exprimare mai clară, mai precisă și mai nuanțată a semnificațiilor de exteriorizat; limbajul scris este mai cizelat; pentru a reda intonațiile, nuanțele, este însoțit de semne de punctuație.

Omul este capabil de a comunica cu semenii săi din punct de vedere fizic, dar este capabil să primească și stimuli intelectuali, afectivi și senzoriali, care îi sunt transmiși din anturajul său.

Pentru a se realiza din plin din punct de vedere al nevoii de comunicare, individul trebuie să aibă o imagine pozitivă despre sine, o cunoaștere a eului său material, adaptiv și social.

Independența în satisfacerea nevoii de comunicare presupune integritatea individului, a organelor de simț, o dezvoltare intelectuală suficientă pentru a înțelege semnificația mesajelor schimbate.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii de comunicare

Factori biologici	– *integritatea organelor de simț:* – stare optimă de funcționare a văzului, auzului, mirosului, gustului, pipăitului – auzul, văzul permit comunicarea cu lumea exterioară; gustul, pipăitul protejează individul față de pericolele din lumea înconjurătoare – *Integritatea organelor fonației* permite comunicarea verbală – *Integritatea aparatului locomotor* face posibilă comunicarea nonverbală (gesturi, mișcări) – *Răspunsul erogen:* reacția susceptibilă de a provoca o excitație sexuală
Factori psihologici	– *Inteligența* – comunicarea este influențată de gradul de inteligență a individului, de puterea de înțelegere a stimulilor primiți, de gândire, imaginație, memorie – *Percepția*: reflectarea personală a unui fenomen, obiect, care se face cu ajutorul simțurilor; funcția perceptibilă este educabilă – *Emoțiile* sunt exprimate prin expresia feței, prin debitul verbal (bucurie-tristețe; râs-plâns)

Factori sociologici	– *Anturajul* este determinant în satisfacerea nevoii de comunicare; climatul armonios în anturaj, în familie, permite, individului să stabilească legături afective; schimbul este trecerea unui mesaj de la o persoană la alta – *Cultura* și *statutul social* – educația, cultura joacă un rol important în comunicare – *Personalitatea* – comunicarea e influențată de stadiul de dezvoltare a personalității umane; personalitatea determină individul să fie încrezător în capacitățile sale de a se exprima, a se afirma, să stabilească legături semnificative cu cei din jur.

Manifestări de independență

a. Manifestări de ordin biologic

funcționarea adecvată a organelor de simț	– acuitate vizuală – acuitate auditivă – finețe gustativă și a mirosului – sensibilitate tactilă
debit verbal	– ușor – ritm moderat – limbaj clar, precis
expresie nonverbală	– mișcări – posturi și gesturi ale mâinii – facies expresiv – privire semnificativă – mecanisme senzoro-perceptuale adecvate

b. Manifestări de ordin psihologic

exprimare ușoară	– a nevoilor, dorințelor, ideilor, emoțiilor – exprimare clară a gândurilor
imagine pozitivă de sine	– cunoașterea sinelui material, spiritual și social
percepția obiectivă a mesajului primit și capacitatea de verificare a percepțiilor sale	
exprimarea sentimentelor prin pipăit	
utilizarea adecvată a mecanismelor de apărare	

atitudinea receptivă și de încredere în alții
capacitatea de a angaja și menține o relație stabilă cu semenii

c. *Manifestări de ordin sociologic*

apartenența la grupuri de diverse interese
stabilirea de relații armonioase în familie, la locul de muncă, în grupuri de prieteni

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței nevoii de comunicare

- explorează împreună cu pacientul, mijloacele sale de comunicare
- învață pacientul:
  - să mențină integritatea simțurilor (văzului, auzului, gustului, mirosului)
  - să utilizeze mijloacele specifice de exprimare a sentimentelor, emoțiilor
  - să aibă o atitudine de receptivitate și de încredere în alte persoane
  - să mențină legături cu persoanele apropiate

II. *Dependența în satisfacerea nevoii de comunicare*

Dacă comunicarea nu este satisfăcută, rezultă:

1. **Comunicare ineficientă la nivel senzorial și motor**
2. **Comunicare ineficientă la nivel intelectual**
3. **Comunicare ineficientă la nivel afectiv**
4. **Confuzie**
5. **Singurătate**
6. **Atingerea integrității funcției și rolului sexual**
7. **Izolare socială**
8. **Perturbarea comunicării familiale**

(4–8) vezi anexele 3 și 6

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– atingere cerebrală sau nervoasă – tulburări circulatorii cerebrale; accident vascular cerebral – degenerescență; traumatisme; oboseală – deficit senzorial; surmenaj – obstacole în funcționarea simțurilor și a limbajului (pansamente, aparate) – durere; dezechilibrul hidroelectrolitic – droguri, medicamente, alcoolism

Surse de ordin psihic	– tulburări de gândire – pierdere, separare, stare de criză – anxietate, stres
Surse de ordin sociologic	– poluare – mediu inadecvat (locuință, loc de muncă, de recreere) – climat – conflicte, eșec, statut social și economic defavorabil
Lipsa cunoașterii	– insuficienta cunoaștere de sine, a altora și a mediului ambiant

Dezvoltăm în continuare 3 probleme

1. Comunicare ineficace la nivel senzorial și motor

Este dificultatea individului de a capta, prin intermediul simțurilor sale, mesaje care vin din anturaj, din mediul exterior sau din ambele.

Manifestări de dependență

Tulburări senzoriale	– cecitate: pierderea vederii – diminuarea vederii: scăderea acuității vizuale – surditate: pierderea funcției auditive – hipoacuzie: diminuarea auzului – pierderea sau diminuarea gustului: pierderea combinațiilor celor patru senzații gustative de bază – dulce, amar, acru, sărat (simțul de control al hranei) – anosmie: pierderea mirosului – hipoestezie: scăderea sensibilității cutanate – hiperestezie: creșterea sensibilității cutanate
Tulburări motorii	– paralizia: dispariția totală a funcției motorii musculare – pareză: scăderea funcției motorii musculare – paralizii periferice: scade tonusul muscular, mișcările pasive se pot efectua cu amplitudine mult mai mare – paralizii centrale: tonusul muscular este păstrat sau chiar exagerat, mișcările pasive se pot executa cu amplitudine redusă Se disting: – monoplegia, paralizia unui singur membru – hemiplegia, paralizia 1/2 corp lateral

	– paraplegia, paralizia membrelor inferioare – tetraplegia, paralizia celor patru membre
Tulburări de limbaj	– afazie: incapacitatea de a pronunța anumite cuvinte sau de a le folosi, ori ambele – dizartria: dificultatea de a articula cuvintele, pronunție neinteligibilă – bâlbâiala: greutate în pronunțarea unor cuvinte, repetarea sau omisiunea de silabe, prin prelungirea unor sunete – mutism: bolnavul nu răspunde, nu comunică cu anturajul – dislalia: imposibilitatea de a pronunța anumite sunete care compun cuvintele; vorbirea devine neinteligibilă
Reacții afective în insuficiențe sau exces senzorial	– neliniște: lipsă de liniște sufletească, frământări – inactivitate: lipsa activității fizice sau intelectuale, ori ambele – anxietate: sentiment profund de disconfort sau de tensiune, pe care individul îl resimte în fața vieții – încetinirea dezvoltării gândirii: ritmul asociațiilor de idei este mai lent – halucinații: percepții fără obiect; în funcție de analizatori, sunt halucinații auditive, vizuale, gustative, olfactive, cutanate – izolare – singurătate: starea individului de a fi singur, retras

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu comunicare ineficientă la nivel senzorial și motor

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să fie echilibrat psihic	– liniștește bolnavul cu privire la starea sa, explicându-i scopul și natura intervențiilor – familiarizează bolnavul cu mediul său ambiant – asigură un mediu de securitate, liniștit – administrează medicația recomandată de medic
Pacientul să folosească mijloace de comunicare adecvate stării sale	– cercetează posibilitățile de comunicare ale bolnavului – furnizează mijloacele de comunicare – învață bolnavul să utilizeze mijloacele de comunicare conform posibilităților sale

Pacientul să fie compensat senzorial	– asigură îngrijiri relative la perturbarea senzorială sau motrice a bolnavului (cecitate, surditate, paralizie; are rolul de suplinire pentru satisfacerea nevoilor pe care pacientul nu şi le poate satisface autonom (a mânca şi a bea, a se mişca şi a avea o bună postură, a-şi menţine tegumentele curate şi integre, a evita pericolele) – administrează medicaţia recomandată: unguente, picături oculare, nazale, auriculare – efectuează exerciţii pasive şi active pentru prevenirea complicaţiilor musculare, articulare – pregăteşte bolnavul pentru diverse examinări ale simţurilor şi îl îngrijeşte după examinare

2. Comunicare ineficientă la nivel intelectual

Dificultatea individului de a înţelege stimulii primiţi şi de a-şi utiliza judecata, imaginaţia, memoria, pentru ca să comunice cu semenii.

O atingere a cortexului sau o funcţie inadecvată a facultăţilor intelectuale perturbă individul în modul său de a combina informaţiile pe care le primeşte de la alţii şi de la mediu.

Manifestări de dependenţă

Dificultatea de a-şi aminti evenimentele trecute	– amnezie – tulburare de memorie, caracterizată prin: – amnezie de fixare, de reţinere a faptelor noi – amnezie de evocare, lipsa capacităţii de reproducere sau recunoaştere a unor fapte anterioare – dificultatea de a înţelege, de a face o judecată
Vorbire incoerentă	– comunicare verbală fără legătură cu situaţia dată
Comportament neadecvat	– manifestări neadecvate situaţiei date
Confuzie, obnubilare	– dezorientare în timp, în spaţiu şi referitoare la propria persoană

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu comunicare ineficientă la nivel intelectual

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI, AUTONOME ŞI DELEGATE
Pacientul să fie orientat în timp, spaţiu şi la propria persoană	– ajută bolnavul să se orienteze în timp, spaţiu şi referitor la propria persoană – sugerează pacientului să ţină un jurnal – ajută pacientul să completeze jurnalul

	– îl ajută să-și recunoască capacitățile și preferințele – lasă bolnavul să facă tot ceea ce poate cu propriile sale mijloace

3. Comunicare ineficientă la nivel afectiv

Reprezintă dificultatea individului de a se afirma, a fi deschis către alții și către nevoile lor, de a stabili legături semnificative cu anturajul.

Ființa umană care nu poate comunica adecvat suferă interior și își diminuează stima de sine. În consecință, capacitatea de afirmare este, de asemenea, redusă și situația sa se schimbă, devine insecurizantă.

Individul nu mai poate stabili legături cu anturajul.

Manifestări de dependență

agresivitate	– manifestare impulsivă de a se certa, bate, ataca pe cei din jur
alienare mentală	– incapacitatea individului de a deține controlul asupra propriilor acte; nu poate să-și aprecieze nici suferința și nici nu răspunde de actele sale
devalorizare	– percepție negativă pe care individul o are față de valoarea personală și competența sa
apatie	– indiferență față de sine și ceea ce se petrece în mediul său
egocentrism	– preocuparea exagerată a individului față de sine însuși, de sănătate, de îmbrăcăminte, de ocupație, motiv pentru care se crede persecutat
fobie	– frică obsedantă, direcționată spre ceva de care bolnavul nu poate scăpa – agorafobie – teama de spațiu deschis – claustrofobie – teama de a sta închis în cameră – nozofobie – teama de boală
euforie	– stare de foarte bună dispoziție, dar fără obiect
delir	– tulburare de gândire prin prezență nemotivată, neconformă cu realitatea, dublată de convingerea pacientului în verosimilitatea ei
idei de sinucidere, halucinații	– percepții fără obiect, auditive, vizuale

percepere inadecvată de sine	– percepția negativă a individului față de aparența sa fizică
dificultatea de a se afirma, de a-și exprima sentimentele, ideile, opiniile dificultatea de a stabili legături semnificative cu semenii	

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu comunicare ineficientă la nivel afectiv

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI, AUTONOME ȘI DELEGATE	EVALUARE
Pacientul să se poată afirma, să aibă percepție pozitivă de sine	– pune în valoare capacitățile, talentele și realizările anterioare ale bolnavului – dă posibilitate pacientului să-și exprime nevoile, sentimentele, ideile și dorințele sale – dă posibilitate pacientului să ia singur decizii – învață bolnavul: – tehnici de afirmare de sine – tehnici de comunicare – tehnici de relexare – ajută bolnavul să identifice posibilitățile sale de a asculta, de a schimba idei cu alții, de a crea legături semnificative – antrenează bolnavul în diferite activități, care să-i dea sentimentul de utilitate	Se vor nota zilnic schimbările survenite în: – dispoziția bolnavului – în expresia verbală și nonverbală – în stabilirea legăturilor cu semenii Evaluează schimbările survenite în comportamentul bolnavului față de alte persoane.
Pacientul să fie ferit de pericole interne sau externe	– supraveghează în permanență bolnavul – administrează medicația prescrisă: antidepresive, anxiolitice, tranchilizante	

	– utilizează unele mijloace fizice de imobilizare: – chingi – cămașă de protecție	

TEST DE EVALUAREA CUNOȘTINȚELOR

Nevoia de a comunica

Încercuiți răspunsul corect.

1. Anxietatea reprezintă:
   a. stare de neliniște, disconfort
   b. stare de încetinire a gândirii
   c. pierderea memoriei

2. Comunicarea ineficientă la nivel motor se manifestă:
   a. stare comatoasă
   b. pareze și paralizii
   c. obnubilare

3. Coma este reprezentată de următoarele semne:
   a. tulburări circulatorii și respiratorii
   b. pierderea conștienței cu păstrarea respirației și circulației
   c. pierderea imaginii de sine

4. Bolnavul care comunică ineficient la nivel afectiv prezintă:
   a. agresivitate
   b. atitudine receptivă și încredere în alte persoane
   c. fobie

5. Paraplegia se definește ca pierdere totală a forței motorii:
   a. a jumătății drepte a corpului
   b. a membrelor inferioare
   c. a unui singur membru

6. Obiectivele îngrijirii pacientului care comunică deficitar la nivel senzorial și motor sunt:
   a. echilibrarea psihică a bolnavului
   b. orientarea lui în timp și spațiu
   c. folosirea de mijloace de comunicare specifice deficitului senzorial

7. Persoana care își satisface nevoia de comunicare prezintă:
   a. debit verbal lent
   b. imagine pozitivă de sine
   c. capacitatea de a angaja și menține o relație stabilă cu semenii

8. Bolnavul care comunică ineficient la nivel intelectual este:
   a. apatic
   b. euforic
   c. dezorientat temporo-spațial

9. Manifestările de independență privind comunicarea pacientului sunt:
   a. expresia nonverbală
   b. funcționarea normală a organelor de simț
   c. reacțiile afective în exces

10. Afazia este tulburarea:
   a. de sensibilitate a pielii
   b. scăderea volumului muscular
   c. incapacitatea de a pronunța cuvinte

RĂSPUNSURI

1.a	6.a. și c
2. b	7. b și c
3. b	8. c
4. a și c	9. a,b
5. b	10. c

„Înalță-ți sufletul atât de sus, ca nici o ofensă să nu poată ajunge la el"
(Descartes)

11. NEVOIA DE A ACȚIONA CONFORM PROPRIILOR CONVINGERI ȘI VALORI, DE A PRACTICA RELIGIA

Definiție:

A acționa conform propriilor convingeri/credințe și valori este o necesitate a individului de a face/exprima gesturi, acte conforme formației sale, de bine și de rău, de dreptate, de urmare a unei ideologii.

I. *Independența în satisfacerea nevoii*

Nu există ființă umană izolată. Ea este în interacțiune constantă cu ceilalți indivizi, membri ai societății, și cu viața cosmică sau Ființa supremă/absolută.

Această interacțiune scoate în evidență experiența vieții lor, convingerile, credințele și valorile propriei ființe și, pe de altă parte, dezvoltarea personalității.

Căutarea unei concepții unificatoare despre lume, care să ne ajute să vedem viața în ansamblu și să găsim o semnificație în fiecare parte a ei este la fel de veche

precum omenirea. Acest rol l-au jucat religiile antice, precum şi credinţele cu o orientare teologică din timpurile ulterioare. Antropologii constantă că şi în culturile contemporane primitive există concepţii despre lume, prin care se interpretează experienţele oamenilor şi le sunt ghidate activităţile.

Cultura apuseană a fost, de asemenea, influenţată într-o asemenea măsură de ştiinţă şi de tehnologie, încât unii afirmă, în prezent, că noi deţinem o concepţie ştiinţifică sau tehnologică despre lume: ştiinţa şi utilizările ei ne conturează modul de a gândi şi dau o nouă dimensiune vieţii noastre.

Căutarea perenă a unei concepţii despre lume este o căutare a unei vieţi care să fie mai degrabă bună decât rea, o căutare a unui scop al existenţei, spre a acoperi un gol, o căutare a ceva care promite mai curând speranţă, decât disperare.

Concepţiile despre lume diferă în această privinţă. Unele sunt mai optimiste, iar altele mai pesimiste. Unele sunt profund etice, iar altele doar incidental morale. Nu toate satisfac în mod egal şi în acelaşi fel dorinţa omenească, însă toate exprimă o profundă nevoie umană.

Concepţia despre lume este necesară ca un ghid al gândirii. O lume plină de lucruri, la care ne putem gândi şi în care se află o mulţime de idei şi teorii, cu privire la tot ce există sub soare, ne obligă să fim selectivi. Însă concepţia despre lume mai este necesară şi pentru a ne călăuzi acţiunile, cum trebuie să hotărăşti între nenumăratele lucruri care trebuie efectuate şi printre nenumăratele locuri în care trebuie să te duci, numeroasele genuri de acţiuni şi numeroasele vocaţii posibile.

Este necesară o concepţie despre lume pentru a clasifica activităţile posibile şi pentru a stabili priorităţi pentru anumite acţiuni, în cadrul unei activităţi concrete (decizii cu privire la carieră, decizii morale, modul de utilizare a timpului, viaţa de familie etc.).

Nici o societate nu poate trăi fără un set de standarde asupra cărora s-a căzut de acord; dragostea, grija, onestitatea, integritatea, încrederea, iertarea, libertatea alegerii, iată numai o parte dintre acestea.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Gesturile şi atitudinile corporale*: permit pacientului să îşi satisfacă această nevoie, în funcţie de convingerile proprii, de apartenenţă religioasă sau de amândouă
Factori psihologici	– *Căutarea, cercetarea sensului vieţii şi morţii*: fiinţa umană caută de milenii sensul vieţii şi al morţii; urmărirea acestui obiectiv face individul să realizeze gesturile şi ritualurile care răspund credinţelor/convingerilor şi valorilor sale – *Dorinţa de a comunica cu Fiinţa supremă sau cu cosmosul*: fiinţa umană, în esenţa şi spiritul său, se simte legată de Fiinţa superioară sau energia cosmică şi înfăptuieşte acţiuni care îi permit această comunicare

	– *Emoțiile*: emoțiile și impulsurile individului îl determină să realizeze activități umanitare, religioase
Factori sociologici	– *Cultura*: toate societățile vehiculează, prin tradițiile lor, credințe și valori față de practicile religioase sau de aplicarea ideologiilor umanitare; unele societăți permit o practică religioasă specifică, în timp ce altele aderă la practici religioase complet diferite; cultura și istoria popoarelor influențează în mare măsură ființele umane și relațiile lor cu Ființa supremă sau relațiile lor cu ceilalți – *Apartenența religioasă*: influențează în mare măsură acțiunile pe care le înfăptuiește individul, pentru a-și satisface nevoile; pe parcursul socializării copilului, părinții joacă un rol important în obișnuirea cu credințe și valori legate de o apartenență religioasă; adultul este, de asemenea, influențat de normele sociale față de apartenența religioasă; cu toate acestea, există o anumită alegere de a adera, sau nu la o religie, în funcție de convingerile personale. La persoanele vârstnice, practica religioasă se intensifică sau reapare, dacă a fost abandonată ulterior. Astăzi, în lume sunt cunoscute: – creștinismul, cea mai răspândită religie pe glob – islamismul, prezent în Orientul Apropiat și Mijlociu – budismul, întâlnit la popoarele asiatice – hinduismul, practicat de hinduși – mozaismul (iudaism) religia evreilor

Manifestări de independență

credințe	– convingeri personale ale individului față de realitate – asistarea la ceremonii religioase – folosirea obiectelor religioase (șirag de mătănii, imagini)
religie	– formă a conștiinței sociale, caracterizată prin credința în ființe, forțe supranaturale – observarea regulilor unei religii – parcurgerea scrierilor religioase, spirituale sau umanitare
ritual, rit	– ansamblul de ceremonii religioase proprii unei religii – apartenența la grupuri religioase sau umanitare

spiritualitatea	– ansamblul de credințe și practici proprii sufletului – timp de rugăciune și meditație – gesturi și atitudini corporale
morală	– ansamblu de reguli de conduită și valori considerate valabile într-o societate – participarea la fapte de caritate – participarea la fapte de umanitate – angajarea într-o acțiune socială, umanitară sau creativă
valori	– ansamblul de credințe și aptitudini care reflectă nu numai ceea ce este dorit, dar, în aceeași măsură, ceea ce este benefic individului; de exemplu frumusețea, adevărul, binele
libertatea	– posibilitatea de a acționa conform propriilor credințe sau dorințe; individul are libertatea deplină de acțiune și sănătate mentală optimă (adaptat)

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței

– determină pacientul să-și exprime propriile convingeri și valori
– planifică împreună cu pacientul, activitații religioase
– îl informează despre serviciile oferite de comunitate
– mijlocește desfășurarea unor activități conforme cu dorințele și credințele bolnavului

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

De fiecare dată când această nevoie nu este împlinită pot apărea probleme de dependență:

1. **Culpabilitatea**
2. **Frustrarea**
3. **Dificultatea de a acționa după credințele și valorile sale**
4. **Dificultatea de a participa la activități religioase**
5. **Neliniște față de semnificația propriei existențe**

(3–5: vezi anexele 3 și 6)

Codul etic al profesiei medicale prevede:
– îngrijirea bolnavului fără diferențe de rasă, credință, ideologie, culoare;
– păstrarea secretului profesional și a confidențelor făcute de bolnav

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– lezare fizică – dezechilibre – supraîncărcare – durere – surmenaj
Surse de ordin psihologic	– tulburări de gândire – anxietate – stres – pierdere, separare – divorț, doliu – situații de criză – anestezie, bariere lingvistice, spitalizare – pierderea imaginii și a respectului de sine, pensionare
Surse de ordin sociologic	– conflicte sociale – eșecuri – contradicții cu familia și societatea
Lipsa cunoașterii	– lipsa de cunoaștere a situațiilor, a atitudinilor celorlalți – insuficienta cunoaștere de sine și a mediului

Dezvoltăm în continuare două probleme

1. Culpabilitatea

Sentimentul dureros, resimțit ca urmare a contrazicerii propriilor convingeri și valori, motiv pentru care individul se simte vinovat.

Orice om este susceptibil de a fi confruntat cu situații în care inițiativele luate sau evenimentele nefericite îi pot provoca un sentiment de culpabilitate.

Gradul, frecvența și raționalizarea acestui sentiment depind, în mare parte, de experiențele trăite și de educația primită în copilărie.

Culpabilitatea este un sentiment fundamental și nemotivat, care se manifestă în surdină, în afara cunoașterii adevăratei sale semnifiicații. Mai multe situații pot cauza sentimente de culpabilitate: boala, pierderea stimei și a respectului, anxietatea, conflictele sociale.

Manifestări de dependență

Sentiment de culpabilitate	– amărăciune – autopedepsire – autoacuzare – mania de a se scuza inutil – înțelegerea bolii ca o pedeapsă – sentiment de a fi nedemn – poziție curbată – mișcări lente

Manifestări de depresie	– manifestări de furie împotriva lui Dumnezeu – plâns – insomnie – bâlbâială
Manifestări de anxietate	– tahicardie – tegumente reci, umede – hiperventilaţie – furie – mânie

– Intervenţiile asistentei –

Pacient cu sentiment de culpabilitate

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI
Pacientul să-şi păstreze imaginea pozitivă de sine	– încurajează bolnavul să-şi exprime sentimentele în legătură cu problema sa – facilitează satisfacerea convingerilor sale – acţionează pentru recâştigarea stimei de sine a bolnavului – planifică, împreună cu bolnavul, activităţi care să-i dea sentimentul utilităţii
Pacientul să fie echilibrat psihic	– îl pune în legătură cu persoane dorite, apropiate – administrează, la nevoie, medicaţie antidepresivă, tranchilizante (la indicaţia medicului)

2. Frustrare

Condiţia individului care se simte refuzat sau îşi refuză satisfacerea unei nevoi.

Obstacolele în îndeplinirea gesturilor sau a actelor conforme părerii personale de bine, rău sau dreptate şi dificultatea de a participa la activităţile religioase dau individului sentiment de frustrare.

Manifestări de dependenţă

senzaţia de pierdere a libertăţii de acţiune	– activităţi (acţiuni) oferite de normele sociale, ce nu pot fi însă folosite de individ, datorită nivelului cultural scăzut, a carenţelor educative etc.; aceasta îl determină la izolare sau devianţă (agresivitate) – acţiuni contrare dorinţelor individului
sentiment de inutilitate	– amărăciune, tristeţe – plâns

supunere la un regim	– tratament nedorit – medicație – alăptare
incapacitatea de a exercita practici religioase	– incapacitatea de a citi documente religioase, de a participa la activitățile grupului sau de apartenență, de a urma exigențele propriei religii – absența locurilor sau a modalităților de practicare – căderea la pat – constrângeri fizice – deficit audio-vizual – efecte secundare ale unei medicații
tulburări de gândire	– confuzie – dezorientare – halucinații
îngrijorare față de sensul propriei sale existențe	– grijă față de semnificația suferinței sale – grijă față de sensul vieții și al morții – preocupare pentru credințe și valoarea lor

- Intervențiile asistentei -

Pacient cu sentimentul de frustrare

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI
Pacientul să-și recapete încrederea în sine	– ajută bolnavul să identifice cauza frustrării – îl încurajează să-și exprime sentimentele și nevoile – îl asigură de confidențialitate și îi păstrează secretele
Pacientul să aibă o stare psihică bună	– comunică des cu bolnavul, arătându-se plină de solicitudine – caută modalități de practicare a religiei (citirea unor documente religioase) – administrează la nevoie medicație sedativă

ACTIVITĂȚI DIDACTICE

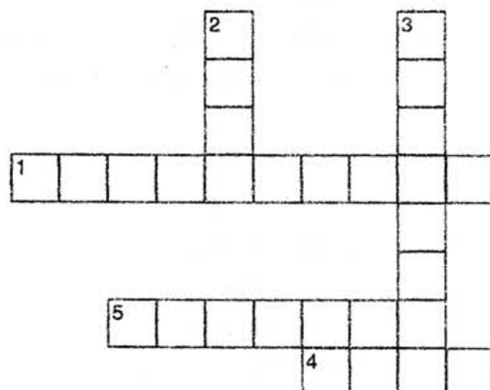
la tema: *Nevoia de a acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia*

„Atât de mult a iubit Dumnezeu lumea, că a dat pe singurul Lui Fiu, Isus. Oricine crede în Fiul lui Dumnezeu, nu va fi pierdut, ci va avea viață veșnică".

(Ioan 3;16)

I. Completați următorul rebus: verificați-vă răspunsurile cu colega/colegul de lângă voi.

1. Dumnezeu a făcut o (*1 – orizontal*) tuturor oamenilor)
2. Promisiunea a fost să trimită pe (*2 – vertical*).
3. Isus este (*3 – vertical*), (*4 – orizontal*).
4. Dumnezeu a trimis pe Fiul său pentru că El (*5 – orizontal*) pe toți oamenii



Rezolvare: 1. Promisiune; 2. Isus; 3. Dumnezeu; Fiul; 4. Iubește.

II. Unde te afli tu, în călătoria ta spirituală?

Ți-ai pierdut simțul valorii, pentru că te afli într-o „țară îndepărtată", căutând să acționezi după placul inimii tale, neluând în considerare dragostea Tatălui ceresc?

Ți-ai „venit în fire" și dorești să te pocăiești, să mergi înaintea Tatălui ceresc și să-i ceri umil iertarea și dragostea?

Tânjești, tu, după îmbrățișarea lui Dumnezeu, dorești din toată inima să simți, din nou, valoarea și demnitatea pe care ți-o oferă într-o viață de legătură cu El?

Scrie o scrisoare. Descrie felul în care îi răspunzi la tot ce a făcut Dumnezeu pentru tine. Fii sincer. Nu trebuie să împărtășești conținutul scrisorii tale cu nimeni, decât dacă dorești să faci acest lucru.

____

____

____

____

III. Citiți cuvintele acestui cântec și gândiți-vă la felul în care se leagă de iertare.

Duhul lui Dumnezeu

Textul și muzica de Douglas C. Eltzrouth

Azi, Duhule Sfânt,
Glasul Tău îl aștept.
Vreau pe pământ
Să fiu vrednic și drept
Duhule Sfânt – Duhule Sfânt.
El ne dă dragoste
El e sfânt: pace dă.
Ne dă răbdare la toți.

El e bun, El e blând.
El stinge pofta rea.
Inimi curate ne dă.

Ce vă spune acest cântec în legătura cu *iertarea*?

IV. Faceţi o listă de acţiuni şi atitudini care reflectă:

Oamenii care pun, în mod consecvent, grija faţă de propriile lor interese, mai presus de nevoile altora	Oameni care manifestă, în mod consecvent, grija faţă de nevoile altora

Întrebări:

– Ce avantaje ar avea individul care etalează în mod consecvent fiecare din cele două tipuri de acţiuni şi atitudini?

– Ce dezavantaje ar avea acel individ?

– Ce avantaje ar avea societatea, când indivizii etalează consecvent fiecare din cele două tipuri de acţiuni şi atitudini?

– Ce dezavantaje ar avea societatea?

– Dacă ai putea alege, ce modele de comportare ai prefera să existe în societatea în care trăieşti? Şi de ce?

„Dacă descoperim că viaţa nu are nici un înţeles,
nu ne rămâne altceva de făcut
decât să-i dăm un înţeles".
(Lucian Blaga).

12. NEVOIA DE A FI PREOCUPAT ÎN VEDEREA REALIZĂRII

Definiţie:

A te preocupa în scopul de a te realiza este o necesitate a oricărui individ de a înfăptui activităţi care-i permit satisfacerea nevoilor sau să fie util celorlalţi.

Acţiunile pe care le înfăptuieşte îi permit să-şi dezvolte simţul creator şi să-şi folosească potenţialul la maxim.

I. *Independenţa în satisfacerea nevoii*

Fiinţa umană simte dorinţa de a înfăptui lucruri care corespund idealurilor sale.

Relaţiile necorespunzătoare între cei care lucrează în cadrul aceluiaşi serviciu sau şef – subaltern pot genera starea de devalorizare, inutilitate, deoarece individul

are nevoie de considerație, dragoste, stimă și respect reciproc în activitatea pe care o desfășoară.

Capacitatea individului de a se realiza este unică și necesară pe tot parcursul vieții.

Unii au nevoie de sprijinul altora, pentru a se pune în valoare, în timp ce alții pot să aprecieze just criticile și să regăsească resursele necesare pentru a se realiza.

Munca trebuie să corespundă nivelului de pricepere și pregătire a omului pentru a nu deveni o povară, ci o plăcere.

Factorii care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta și creșterea* Activitatea dominantă a copilului este jocul. Acesta permite copilului să se dezvolte, să cunoască mai adânc lumea înconjurătoare și să se integreze în societate. Prin joc el reușește să cunoască. Jocul influențează toate aspectele dezvoltării copilului, percepție, memorie, imaginație, gândire, sentimente, interese, voință. Se practică jocuri colective, jocuri în care apar conducători și conduși și le dă posibilitatea să se afirme. *Preadolescența*, este vârsta la care un pas însemnat este în relațiile lui cu societatea. Activitatea dominantă este învățătura, dar el participă și la jocuri. Sunt preferate jocurile de echipă, de întrecere, care cer inventivitate, dârzenie, dăruire. Specifică vârstei este imaginația creatoare ca formă de afirmare a personalității proprii. Conștiința de sine se afirmă puternic, începe să cunoască, observând pe alții și comparându-se cu ei. Este mai critic față de alții decât față de sine. *Adolescentul* – experiența, nivelul intelectual și experiența socială permit o mai mare independență în atingerea și conducerea unor activități, dar și responsabilități pentru faptele lor. Adolescența este vârsta formării unui ideal în viață, a proiectării personalității lui în viitor și este capabil să lupte pentru realizarea acestora. Se autoapreciază mai corect, încep să suporte criticile, să țină cont de punctul de vedere al altora. *Adultul* care joacă mai multe roluri în societate este pus în valoare pe măsura alegerii acestora și a satisfacției pe care aceste roluri le dau aspirațiilor lui. Interesul și pasiunea față de muncă, atingerea scopului propus, reprezintă un puternic factor de bucurie.

	Persoanele în vârstă, pot de asemenea, să-şi pună în valoare prin activităţile pe care le înfăptuiesc conform gusturilor şi posibilităţilor fizice, folosind experienţa acumulată. Este unul din cei mai importanţi factori ai longevităţii. – *Constituţie şi capacităţile fizice* Indivizii trebuie să-şi aleagă activităţile care să le permită să se realizeze în concordanţă cu constituţia şi capacităţile fizice. Încredinţarea unor mari răspunderi sau activităţi ce solicită eforturi deosebite unor persoane nepotrivite pentru astfel de sarcini îi copleşesc şi este cauza majoră a oboselii fizice şi nervoase.
Psihologici	– *Emoţiile* Apar în cadrul activităţilor pe care le desfăşoară individul şi presupun evaluarea, acordarea de semnificaţie valorică activităţilor desfăşurate. Bucuria, entuziasmul, speranţa, plăcerea şi bunăstarea influenţează satisfacerea acestor nevoi.
Sociologic	– *Cultura* În funcţie de cultură, indivizii îşi aleg o profesie care să le permită afirmarea prin folosirea cunoştinţelor acumulate. – *Rolurile sociale* Individul are libertatea alegerii studiilor şi a muncii sale, se poate realiza deplin în funcţie de normele sociale. De asemenea, individul se realizează în funcţie de rolurile pe care le joacă în societate pe măsura pregătirii sale, a voinţei şi a dorinţei de a-şi asigura menţinerea acestor roluri.

Manifestări de independenţă

Integritatea fizică şi psihică	Activitatea optimă a funcţiilor fiziologice, în raport cu constituţia individului. Dezvoltarea armonioasă, integritatea fizică şi psihică permit optarea pentru orice gen de activitate şi îndeplinirea rolurilor sociale.
Manifestări de bucurie şi fericire	– Activitatea pozitivă (stările de satisfacţie, mulţumire, bucurie, entuziasm, dragoste, caritate) este de obicei creatoare, sursa sănătăţii organice şi psihice, deoarece se asociază cu creşterea energiei vitale, cu crearea unei atmosfere de destindere.
Autocritica	– Tendinţa de a lua hotărâri pe baza chibzuinţei proprii, ca o formă de exprimare a independenţei voinţei, se conjugă cu

	adoptarea unei atitudini critice față de ideile și acțiunile proprii și cu receptivitatea față de opiniile celor din jur.
Luarea de decizii	– rapiditatea cu care persoana deliberează într-o situație complexă și urgentă și adoptă hotărârea cea mai potrivită.
Stima de sine	– aprecierea obiectivă a capacităților, trăsăturilor caracteriale predominante prin comparație cu alții; trăsătură a cunoașterii de sine este demnitatea; demnitatea înseamnă conștiința propriei valori în condițiile respectului, față de alții, a neacceptării înjosirii și a puterii de a adopta decizii.
Imaginea de sine	– să-i placă înfățișarea sa, aspectul pe care îl are și să fie sănătos
Comportamentul (legat de stadiul de dezvoltare)	– *Copilul* Mulțumire față de un succes școlar – Aprecierile pe care le face învățătorul – profesorul, părinții, colegii, asupra muncii lui îi provoacă emoții puternice de bucurie și satisfacție și-i stimulează voința de a se afirma Activități sportive: – inventivitate, dârzenie, dăruire, pentru reușita echipei Activitate pe plan social, familial: – își dă seama că munca depusă este importantă, o îndeplinește cu seriozitate, răspundere – *Adulți și persoane în vârstă* Dragoste față de muncă: – interesul față de muncă, dăruirea influențează calitatea muncii și capacitatea de a muncii Aprecierea muncii: – munca trebuie să corespundă nivelului de pricepere și pregătire, să fie în echilibru cu capacitatea individului. Bucuria rodului muncii, aprecierea colectivului și condițiile de lucru corespunzătoare: respectarea tuturor normelor igienice, aparatura corespunzătoare, colectiv în care predomină relațiile de ajutor, respectul reciproc, sunt factori care stimulează activitatea.
Ambiția	– dorința arzătoare de a realiza cât mai mult în activitatea depusă
Motivația	– totalitatea motivelor care-l determină să efectueze activități prin care să se realizeze
Roluri sociale	– stăpânirea, punerea în valoare a acestor roluri, prin acțiuni care să determine satisfacția realizării, a bunăstării (rolul în familie, la locul de muncă, în societate)

Folosirea timpului liber	– apartenența la o grupare socială (culturală, sportivă, politică etc.) dau posibilitatea de a folosi propriile credințe și valori în preocupări plăcute și utile

Intervențiile aistentei pentru menținerea independenței nevoii de a fi preocupat în vederea realizării

– se informează asupra dorințelor și posibilităților intelectuale și fizice ale persoanei

– îl ajută să-și facă un plan zilnic

– orientează persoană spre acele activități corespunzătoare capacității sale și care-i permit să se realizeze.

– încurajează orice activitate care interesează

– îl stimulează și susține pentru a obține performanța dorită

II. *Dependența în satisfacerea nevoii*

Când această nevoie nu este satisfăcută, pot surveni:

1. Devalorizarea

2. Neputința

3. Dificultate de a se realiza

4. Dificultate de a-și asuma roluri sociale

} vezi anexele 3 și 6

Surse de dificultate

DE ORDIN	SURSA
Fizic	– diminuarea unei funcții, handicap, lipsa de control a sfincterelor, neajuns fizic, obstacol pentru mișcări, durere
Psihologic	– tulburări de gândire, anxietate, stres, pierderea imaginii de sine, pierdere – separare, situația de criză
Sociologic	– eșec profesional, conflict profesional, condiție socială, legi și reglementări în dezacord cu valorile individului, lipsa de cunoștințe: insuficienta cunoaștere de sine, a altora, a mediului

1. Devalorizarea: percepția negativă pe care individul o are față de valoarea personală și competența sa

Manifestări de dependență

Sentiment de inferioritate și de pierdere a imaginii de sine	– Pacientul nu poate accepta noua stare în care se găsește, modul cum arată, înfățișarea sa

Dificultatea în a participa la activităţi obişnuite sau noi	– Starea de dependenţă în care se află nu-i permite participarea la activităţi
Descurajare, depresie	– Stare sufletească de tristeţe asociată cu nemulţumire
Sentimente de izolare, de inutilitate, de respingere	– Îndepărtarea din colectiv, nefolosirea în diverse activităţi
Incapacitatea de a trece peste dificultăţi	– Nu poate depăşi anumite momente critice, care i-au diminuat încrederea în sine
Somnolenţă, pasivitate	– Senzaţie de somn, indiferenţă la ce se întâmplă în jurul său
Agresivitate	– Comportament provocator pus mereu pe ceartă
Diminuarea motivaţiei, interesului, concentrării	– Pacientul nu consideră necesar să efectueze activităţi, este dezinteresat, neatent
Incapacitatea de a face ceea ce preferă să facă	– Starea de dependenţă fizică, psihică sau socială nu-i permite pacientului efectuarea activităţilor preferate
Disperare	– Starea de deznădejde, dezolare suferinţă deosebită
Obsedare de problemele sale	– Pacientul este preocupat în permanenţă de problemele sale, care au prioritate faţă de activitatea depusă, în vederea realizării

Pacient cu sentiment de devalorizare

OBIECTIVE	INTERVENŢIILE ASISTENTEI
Pacientul să fie conştient de propria sa valoare şi competenţă	– ascultă activ pacientul pentru a-i permite să-şi exprime sentimentele privind dificultatea de a se realiza –ajută pacientul să identifice motivele comportamentului său, apreciază posibilităţile fizice şi intelectuale – sesizează orice formă de interes pentru o anumită activitate şi-l antrenează în desfăşurarea ei

	– îndrumă spre acele activități care sunt atractive pentru pacient și totodată utile – observă și notează orice schimbare în comportamentul pacientului (depresie, satisfacție) – aplică tehnicile de îngrijire adaptate nevoilor pacientului – identifică cu pacientul factorii care o împiedică să se realizeze: familia, limite economice, starea de sănătate
Pacientul să-și recapete interesul față de sine și de alții	– cunoaște aspirațiile, sentimentele, interesele și capacitățile pacientului – îl ajută în reevaluarea capacităților și aspirațiilor sale – îl susține în stabilirea unor proiecte – ajută pacientul să se adapteze la noul rol pe care îl are sau la statutul său – îl ajută să realizeze o percepere justă a realității, să se integreze în colectiv – observă reacțiile de satisfacție sau de nemulțumire ale pacientului – explică necesitatea cunoașterii mediului în care trăiește și a celor din jur

2. Neputința: percepția individului asupra lipsei de control a evenimentelor într-o situație dată

Manifestări de dependență

Conflict personal	– incapacitatea pacientului de a da dovadă de comportamente adecvate față de rolurile profesionale alese sau impuse – se datorează conflictului dintre valorile individului și normele sociale sau starea de sănătate
Eșec profesional	– nu realizează sarcinile obligatorii impuse, care sunt legate de rolul profesional pe care l-a ales sau i s-a impus
Dificultate în a lua decizii și a controla evenimentele	– pacientul nu poate lua deciziile cele mai potrivite în timp util, nu poate cunoaște și corela evenimentele
Apatie	– prezintă lipsă de interes față de activitatea impusă sau aleasă
Retragere, resemnare	– renunță la activitatea sau funcția pe care o deține și se complace în această situație

Docilitatea	– se supune unor decizii care nu-i aparțin cu ușurință
Agresivitate	– caută prilej de ceartă în permanență, este provocator față de colectiv
Fatalitatea	– consideră că mersul lucrurilor în viață au fost influențate în mod prestabilit de o forță supremă; consecințele sunt de neînlăturat, inevitabile
Lipsa de ambiție	– nu mai dorește să-și atingă scopul, să realizeze ceva anume
Agasare	– stare de enervare, de iritare pe care pacientul o are în permanență sau periodic
Tristețe	– stare sufletească apăsătoare însoțită de mâhnire, amărăciune
Sentiment de inferioritate	– stare de dezavantaj pe care pacientul o percepe în comparație cu ceilalți

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu sentiment de neputință

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI AUTONOME ȘI DELEGATE
Pacientul să-și recapete încrederea și stima de sine	– identifică, prin observație și conversație cu pacientul cauza neputinței sale și situațiile care îi provoacă sentimentul de inutilitate – câștigă prin modul său de comportare și prin discuțiile purtate, încrederea pacientului – îl ajută în cunoașterea și reevaluarea capacităților sale – îl consultă în planificarea activităților propuse – informează pacientul asupra dreptului său de a lua decizii care îl privesc – observă reacțiile pacientului la luarea deciziilor – îl convinge de importanța lor și a responsabilității ce-i revine
Pacientul să poată realiza și aprecia obiectiv activitățile sale	– orientează pacientul spre alte activități decât cele anterioare în raport cu capacitățile sale – ajută pacientul în recuperarea fizică, psihică pentru reducerea handicapurilor și obținerea independenței – ajută pacientul să cunoască și să-și însușească criteriile de control care-l ajută în aprecierea activității sale zilnice, a obiectivelor realizate, a idealurilor sale

	– observă obiectivitatea aprecierilor pacientului – notează orice modificare în comportamentul sau starea pacientului

TEST DE EVALUARE A CUNOŞTINŢELOR

Înlocuiţi termenul care lipseşte

1. Devalorizarea reprezintă ____________________, pe care individul o are__________________ faţă de__________________________ şi__________________________ sa.

2. Satisfacerea nevoii de a fi preocupat, în vederea realizării, implică________________ individului, luarea unor decizii ______________________ şi chibzuite.

Încercuiţi răspunsul corect:

1. Factorii biologici care influenţează satisfacerea nevoii de a fi preocupat, în vederea realizării, sunt:
   a) emoţiile
   b) vârsta
   c) constituţia
   d) imaginea de sine

2. Sursele de dificultate – de ordin fizic, care influenţează satisfacerea nevoii de a fi preocupat, în vederea realizării sunt:
   a) handicap
   b) anxietate
   c) eşec profesional

Notaţi care din următoarele enunţuri sunt adevărate şi care sunt false:

1. Neputinţa este percepţia individului asupra controlului evenimentelor într-o situaţie dată.
2. Handicapul este o sursă de dificultate de ordin fizic, care determină dependenţa în satisfacerea nevoii de a te preocupa, cu scopul realizării.

RĂSPUNSURI LA TEST

1. percepţia negativă; valoarea personală; competenţă
2. autonomia; conştiente
1. b, c
2. a
1. fals
2. adevărat

„Pentru prelungirea vieții, omul are nevoie de gimnastică echilibrată, aer proaspăt și plimbări"
(Hipocrate)

13. NEVOIA DE A SE RECREA

Definiția:

Recrearea este o necesitate a ființei umane de a se destinde, de a se distra, recurgând, pentru aceasta, la activități agreabile, în scopul obținerii unei relaxări fizice și psihice.

I. *Independența în activitățile recreative*

Dezvoltarea fizică și psihică a omului nu poate fi înțeleasă în plenitudinea ei dacă nu se ia în considerare una din dimensiunile psihocomportamentale ale personalității – jocul și activitățile recreativ-distractive.

Omul a fost, dintotdeauna, conștient de necesitatea de a-și ocupa o parte din timp cu activități recreative, pentru a realiza un anumit echilibru afectiv, compensator în raport cu îndeletnicirile sale cotidiene, responsabile și uneori stresante.

În perspectiva educației permanente, activitățile recreative trebuie integrate pe tot parcursul vieții și concepute într-o legătură nemijlocită cu funcția lor formativă.

În școală, elevii trebuie să-și însușească diverse procedee raționale de învățare și practicare a jocurilor, să-și formeze atitudini favorabile față de activitățile recreative, să le aprecieze valoarea, să înțeleagă importanța și necesitatea lor în viața omului.

Sedentarismul adică lipsa de mișcare, solicitările profesionale monotone, uniforme, și mai ales, necompensate, plus viața în atmosfera poluată a orașelor la care se adaugă și alte cauze, predispun la o serie de tulburări organice și psihice, capabile să zdruncine sănătatea și să ducă în final, la scăderea capacității de muncă.

Loisir-ul, noțiunea caracteristică civilizației timpurilor noastre, are un rol fundamental în efortul continuu al omului, de a-și menține echilibrul fizic și psihic, respectiv sănătatea.

Divertismentul, distracția, relaxarea sunt principalele funcții ale acestor tipuri de activități accesibile pentru toate vârstele.

Factori care influențează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* – Copilul mic și preșcolarul își petrec o mare parte din timp jucându-se, ceea ce va favoriza dezvoltarea lui fizică și va influența atât sfera proceselor psihice, cât și personalitatea acestora. – Școlarul împarte timpul între învățătură și joc.

	– Adolescentul continuă jocurile copilăriei şi pubertăţii în forme modificate şi face trecerea spre activităţile recreative ale tinerilor şi adulţilor. Maturitatea fizică şi psihică permit adultului alegerea şi organizarea activităţilor recreative în raport de preferinţe, timp liber, posibilităţi şi anturaj. Dinamica psihică mai redusă a vârstnicului îi limitează alegerea şi explică interesul diminuat pentru activităţile sportive dinamice şi retragerea spre cele de interior. – *Constituţia şi capacităţile fizice* Activităţile recreative care impun un efort fizic deosebit trebuie selectate şi practicate după constituţia şi capacităţile fizice ale fiecărui individ.
Factori psiholgici	– *Dezvoltarea psihologică* Jocul şi celelalte activităţi ludice contribuie la formarea principalelor trăsături ale personalităţii şi conduitei copilului, precum şi la realizarea controlului emoţional. – *Emoţiile* Activităţile recreative permit individului exteriorizarea emoţiilor şi eliberarea tensiunii. Pentru atingerea acestor scopuri, individul optează pentru divertismentul care i se pare potrivit.
Factori sociologici	– *Cultura* Fiecare popor, prin tradiţiile lui specifice, propune, organizează şi derulează activităţi recreative specifice comunităţii respective. La noi în ţară, serbările populare (ex. sărbătoarea narciselor, lalelelor etc.), ceremoniile (nunţi, botezuri ş.a.) se bucură de o largă participare, ceea ce demonstrează eficacitatea acestor modalităţi de satisfacere a nevoii de recreare. – *Roluri sociale* Persoanele încadrate într-o muncă organizată, care le asigură un timp optim pot să-şi satisfacă această nevoie printr-o recreare cotidiană, periodică (la sfârşit de săptămână) şi anuală (vacanţe, concediul de odihnă). Pensionarea măreşte timpul liber al indivizilor, care pot să-şi organizeze activităţile recreative după gustul şi posibilităţile lor. – *Organizarea socială* Asigurarea condiţiilor şi a accesului la activităţi diversificate de petrecere a timpului liber: odihna, distracţiile, învăţarea şi realizarea favorizează satisfacerea acestor nevoi. Ele sunt diferite de la ţară la ţară depinzând de condiţiile socio-economice.

Manifestări de independență

Destinderea	– Starea de relaxare, de încetare a unei tensiuni nervoase sau a unei stări de încordare
Satisfacția	– Sentiment de mulțumire, de plăcere
Plăcerea	– Senzația sau emoția agreabilă, legată de satisfacerea nevoii, de relaxare
Amuzamentul	– Distracție, divertisment, înveselire

Intervențiile asistentei pentru menținerea independenței în nevoia de a se recrea

– explorează gusturile și interesul pacienților pentru activități recreative, pentru petrecerea timpului liber;

– planifică activități recreative împreună cu pacientul;

– asigură condițiile necesare;

– organizează activități recreative individuale sau în grup, în funcție de vârstă, posibilități și locul de desfășurare al acestora:

- jocuri distractive, formativ-educative, de echilibrare și tonificare
- audiții muzicale
- vizionări de filme
- întâlniri cu personalități artistice

– facilitează accesul la biblioteci, săli de lectură sau procură cărți, reviste

– antrenează și stimulează pacienții în aceste activități

II. *Dependența în satisfacerea nevoii de a se recrea*

Nesatisfacerea nevoii de a se recrea se manifestă printr-o stare de dependență:

1. Neplăcerea de a efectua activități recreative.

2. Dificultatea de a îndeplini activități recreative
3. Refuz de a îndeplini activități recreative } vezi anexele 3 și 6

Surse de dificultate

Surse de ordin fizic	– Lezarea integrității fizice, handicapuri, constrângeri fizice (pansamente, aparate gipsate) – Diminuarea capacității funcționale a organelor de simț

	– Dezechilibre: durere
Surse de ordin psihiologic	– Tulburări de gândire, de memorie – Afectarea stării de conștiență – Anxietate – Stres – Situații de criză – Neadaptarea la rolul de bolnav și la boală
Surse de ordin sociologic	– Singurătatea, retragerea, pensionarea – Munca învechită, de rutină – Conflicte și eșecuri în îndeplinirea rolurilor sociale – Lipsa de cunoștințe despre sine și despre cei din jur

1. Neplăcerea de a efectua activități recreative

Neplăcerea de a efectua activități recreative se definește ca fiind o impresie dezagreabilă și penibilă care conduce la inactivitate, plictiseală și tristețe.

Manifestări de dependență

Inactivitatea	– Lipsa de interes față de activitățile curente ale vieții. Persoana este pasivă, dezinteresată față de ceea ce se petrece în jur, nu participă la activități
Plictiseala	– Impresia de vid, de tristeșe, lipsa de interes pentru activități sau evenimente curente ale vieții
Tristețea	– Starea afectivă manifestată prin indispoziție și insatisfacție, care împiedică individul să se înveselească

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu neplăcere de a efectua activități recreative

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI
Pacientul să prezinte stare de bună dispoziție	– asistenta medicală explorează ce activități recreative îi produc plăcere pacientului; – analizează și stabilește dacă acestea sunt în concordanță cu starea sa psihică și fizică; – planifică activități recreative împreună cu pacientul; – organizează activități recreative specifice pentru copii, adulți, vârstnici;

	– antrenează bolnavul în activităţi şi-l ajută; – asigură mediul corespunzător; – amenajează camere de recreare: pentru audiţii muzicale, vizionări de filme, T.V.; – are în vedere ca activităţile să nu-l suprasolicite, să nu-l obosească, ci să-i creeze stare de bună dispoziţie; – notează reacţiile şi manifestările pacientului cu referire directă la: – starea de plictiseală şi tristeţe
Pacientul să-şi recapete încrederea în forţele proprii	– determină pacientul să-şi exprime emoţiile şi sentimentele; – câştigă încrederea bolnavului şi-l ajută să depăşească momentele dificile; – administrează şi supraveghează efectele tratamentului indicat de medic: – antidepresive – tranchilizante
Pacientul să beneficieze de somn odihnitor	– învaţă pacientul tehnici de relaxare – îl ajută să le execute şi observă modul cum le realizează
Pacientul să-şi amelioreze condiţiile fizice	– va fi consecventă în planificarea şi organizarea activităţilor recreative; – perseverează în acele activităţi recreative, care corespund constituţiei psihosomatice a bolnavului; – asigură o creştere graduală a dificultăţii acestor activităţi

„Învăţăm pentru viaţă, nu pentru şcoală".
(Seneca)

14. NEVOIA DE A ÎNVĂŢA CUM SĂ-ŢI PĂSTREZI SĂNĂTATEA

Definiţia:

A învăţa este acea necesitate a fiinţei umane de a acumula cunoştinţe, atitudini şi deprinderi pentru modificarea comportamentelor sale sau adoptarea de noi comportamente, în scopul menţinerii sau redobândirii sănătăţii.

I. *Independenţa în satisfacerea nevoii*

Învăţarea este o problemă comună a pedagogiei, psihologiei, eticii, sociologiei şi a altor ştiinţe, care cercetează comportamentul uman din diferite puncte de vedere.

Procesul învăţării este deosebit de complex şi cuprinde organizarea întregii comportări a individului, pentru a deveni capabil să-şi dirijeze întreaga sa activitate în mod creator, în funcţie de condiţiile în care se află, pe baza cunoştinţelor, priceperilor şi deprinderilor însuşite anterior.

Pedagogia şi medicina sunt două domenii care se interacţionează şi au analogii. Finalitatea practică pentru medicină este păstrarea sănătăţii şi/sau vindecarea.

De-a lungul vieţii sale, omul trebuie să se adapteze continuu la schimbările de mediu, care modifică măsurile necesare menţinerii sănătăţii. Cunoaşterea de sine este esenţială pentru a preveni şi analiza unele obişnuinţe, astfel încât să poată verifica dacă a luat măsurile adecvate menţinerii sănătăţii.

În urma acestei analize, omul poate simţi nevoia de a învăţa mijloacele cele mai eficace de menţinere a sănătăţii.

După ce a dobândit cunoştinţe, atitudini, deprinderi pentru menţinerea sănătăţii, el capătă un sentiment de siguranţă, prin care devine capabil să lupte împotriva bolii, anxietăţii şi stres-ului vieţii cotidiene.

Factorii care influenţează satisfacerea nevoii

Factori biologici	– *Vârsta* Copilul, în timpul creşterii şi dezvoltării sale învaţă cu uşurinţă metodele şi mijloacele de a-şi menţine sănătatea dacă este instruit, supravegheat şi controlat. Adultul învaţă şi se perfecţionează pentru a utiliza toate mijloacele necesare menţinerii sănătăţii. Vârstnicul acumulează mai greu noi cunoştinţe (amnezia de fixare) dar are capacitatea de a le utiliza şi adapta pe cele învăţate anterior. – *Capacităţi fizice* Fiinţele umane, potrivit condiţiilor lor fizice (integritatea fizică somatică şi a organelor de simţ, facultăţile intelectuale) fac posibilă dobândirea de cunoştinţe, atitudini, deprinderi pentru menţinerea sănătăţii.
Factori psihologici	– *Motivarea* – totalitatea factorilor dinamizatori şi direcţionali care îl dinamizează pe om, îl incită la acţiune, îi jalonează direcţia acesteia. Printre factorii motivaţionali de dinamizare sunt: trebuinţele şi năzuinţele. Învăţarea, ca activitate umană răspunde unor trebuinţe sau interese ale persoanei, deci se supune legii motivaţiei şi este îndreptată spre un scop, adică se supune legii finalităţii: finalitatea practică în medicină, finalitatea practică rezidă în păstrarea sănătăţii sau în vindecare. – *Emoţiile* Emoţiile şi sentimentele legate de anxietate pot accelera procesele de cunoaştere (pacientul devenind conştient

	asupra propriei responsabilităţi ce o are asupra sănătăţii sale).
Factori sociologici	– *Mediul ambiant* Un mediu ambiant adecvat, cu luminozitate şi temperatură normale, atmosferă de calm şi linişte, creează ambianţa propice pentru însuşirea de cunoştinţe.

Manifestări de independenţă

Dorinţa şi interesul de independenţă	– *Învăţarea* – activitate pentru însuşirea de cunoştinţe şi dobândirea de noi deprinderi în toate sectoarele vieţii psihice (cunoaştere, voinţă, emotivitate). Produsul final al învăţăturii poate fi: un concept teoretic, o atitudine, o deprindere motorie sau poate fi multidimensional. – *Deprinderea* – componentă automatizată a activităţii. Pentru menţinerea independenţei în satisfacerea nevoii de a învăţa să-şi păstreze sănătatea, pacienţii sunt conştienţi de necesitatea formării de atitudini şi deprinderi corecte, necesare obţinerii unei stări de bine.
Acumularea de cunoştinţe	– *Cunoştinţe* (informaţii) – reflectarea în conştiinţă a realităţii obiective Dorinţa, interesul în acumularea cunoştinţelor.
Modificarea comportamentului faţă de sănătate	– *Educaţia* – ansamblul de acţiuni de transmitere a cunoştinţelor, de formare a deprinderilor şi comportamentului. Educaţia pentru sănătate are rolul de a oferi pacientului modalităţi concrete, specifice de menţinere sau redobândire a sănătăţii (rolul de educator al asistentei medicale).

Intervenţiile asistentei pentru menţinerea independenţei de a învăţa

– asistenta medicală explorează nevoile de cunoaştere ale pacientului;

– elaborează obiective de studiu cu pacientul;

– informează cu privire la mijloacele şi resursele pe care le poate asigura: broşuri, cărţi, pliante, reviste, diapozitive etc.;

– susţine motivarea pacientului faţă de cunoştinţele care urmează să le dobândească;

– organizează activităţi de educaţie pentru sănătate: convorbiri, cursuri, conferinţe, filme, demonstraţii practice;

– prezintă materiale cu subiecte interesante, atractive, cu mijloace şi procedee adecvate nivelului de cultură şi gradului de înţelegere a pacienţilor.

II. *Dependenţa în satisfacerea nevoii de a învăţa*

Dacă nevoia de a învăţa nu este satisfăcută poate surveni o problemă de dependenţă:

1. Ignoranţa faţă de dobândirea de noi cunoştinţe, atitudini, deprinderi

2. Dificultate de a învăţa
3. Cunoştinţe insuficiente } vezi anexele 3 şi 6

Surse de dificultate

Surse de dificultate de ordin fizic	– *Lezarea integrităţii fizice* – Deficitele senzoriale, în special, auditive şi vizuale, tulburările de vorbire (dislalie, afazie), diminuarea sau abolirea simţului senzorial vocal. – *Durerea* în funcţie de intensitatea ei determină manifestări fizice (modificări ale ritmului respirator şi cardiac, ale T.A. până la starea de şoc) şi psihice (nelinişte, agitaţie, iritabilitate, teamă)
Surse ale dificultăţilor de ordin psihic	– *Afectarea stării de conştienţă*: obnubilare, delir, comă – *Dezvoltare intelectuală:* un interes redus limitează acumularea de cunoştinţe. – *Tulburări de gândire şi memorie:* *Gândirea* – proces psihic, ce reflectă nemijlocit – dar abstractizat şi generalizat – obiectele, fenomenele, relaţiile dintre ele. *Memoria* – capacitatea de asimilare, fixare şi reproducere a experienţei cognitive acumulate. – *Anxietatea* – sentimentul de disconfort şi de tensiune pe care le simte omul în faţa problemelor vieţii. – *Stresul* – dezechilibrul între experienţa la care individul trebuie să facă faţă şi capacitatea sa de a realiza acest lucru, cu repercusiuni asupra stării de sănătate. – *Situaţia de criză* Este determinată de situaţii majore din viaţă: – pierderea unei persoane dragi – modificarea importantă a schemei corporale – modificarea modului de viaţă

Surse ale dificultăţilor de ordin sociologic	– Mediu necunoscut (de exemplu emigrarea într-o ţară cu limbă necunoscută) – *Lipsa interesului de a învăţa legată de educaţie şi cultură* *Educaţia* – ansamblul acţiunilor de transmitere a cunoştinţelor, formare a deprinderilor şi comportamentelor. *Cultura* – totalitatea valorilor materiale şi spirituale create de omenire în procesul practicii social-istorice – *Lipsa cunoştinţelor* Absenţa cunoştinţelor sau un nivel scăzut de cunoştinţe despre regulile generale de igienă fizică şi mentală, despre sănătate şi menţinerea ei. – *Insuficienta cunoaştere de sine* – conduce la comportamente şi fenomene negative, care depăşesc posibilităţile de adaptare ale individului. – *Insuficienta cunoaştere a mediului înconjurător*

Manifestări de dependenţă

1. Ignoranţa

Lipsa de cunoştinţe, priceperi, deprinderi pentru menţinerea sau recuperarea sănătăţii

Cunoştinţe insuficiente	Bolnavul nu are cunoştinţe referitoare la: – boală – prevenirea îmbolnăvirilor – importanţa respectării tratamentului – prevenirea complicaţiilor – perioada de convalescenţă – reintegrarea socio-profesională
Nu înţelege necesitatea de a învăţa şi nu este receptiv	*Datorită tulburărilor de gândire* – Ritmul gândirii poate fi accelerat – fuga de idei: ideile se succed cu repeziciune, încât nu pot fi ordonate într-o însuşire raţională. – *Încetinirea ritmului gândirii*: scăderea puterii de judecată, imposibilitatea de a gândi – *Inoperanţa gândirii:* priveşte legătura logică dintre noţiuni şi idei (amestec de cuvinte fără legătură) – *Tulburări de memorie*: amnezie de fixare şi/sau de evocare – Anxietate – Stres
Nesiguranţa şi frica de necunoscut	– Datorită unor evenimente neprevăzute, bolnavul trebuie să facă faţă unor necesităţi de schimbare a stilului de viaţă şi a obiceiurilor pentru redobândirea sănătăţii. El ignoră măsurile ce pot fi luate pentru redobândirea independenţei.

Neobișnuința în abordarea anumitor acțiuni pentru redobândirea sănătății	– Bolnavul nu acordă importanța cuvenită bolii – Nu respectă sfaturile medicale în tratarea sau prevenirea îmbolnăvirilor
Lipsa de informații	– Bolnavul nu are acces la informații, dar nici nu este interesat de procurarea lor
Lipsa interesului de a învăța	– Este refractar la orice acțiune sau cunoștințe necesare menținerii sau redobândirii sănătății
Dificultate în învățarea măsurilor preventive și curative	– Tulburări de gândire: – *Intelect limitat,* incapacitatea de asimilare, fixare și reproducere a cunoștințelor – *Carențe educaționale*: lipsa deprinderilor igienice, a celor privind alimentația rațională etc.

– Intervențiile asistentei –

Pacient cu probleme generate de ignoranță

OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI
Pacientul să acumuleze noi cunoștințe	– Explorează nivelul de cunoștințe al bolnavului privind boala, modul de manifestare, măsurile preventive și curative, modul de participare la intervenții și la procesul de recuperare; – identifică manifestările de dependență, sursele lor de dificultate, interacțiunile lor cu alte nevoi; – stimulează dorința de cunoaștere; – motivează importanța acumulării de noi cunoștințe – conștientizează bolnavul asupra propriei responsabilități privind sănătatea; – organizează activități educative, folosind metodele de învățământ cunoscute: – expunerea, conversația, demonstrația respectând principiile pedagogice; – verifică dacă bolnavul a înțeles corect mesajul transmis și dacă și-a însușit noile cunoștințe.
Pacientul să dobândească atitudini, obiceiuri și deprinderi noi	– identifică obiceiurile și deprinderile greșite ale bolnavului; – corectează deprinderile dăunătoare sănătății – ține lecții: de formare a deprinderilor igienice, de alimentație rațională, mod de viață echilibrat, de administrare a diferitelor tratamente; – efectuează demonstrații practice; – întocmește programe de recuperare și reeducare a bolnavilor cu deficiențe senzoriale și motorii (gimnastică medicală, kinetoterapie); – va încuraja și ajuta la dobândirea noilor deprinderi.

CAPITOLUL V

PROCESUL DE NURSING în viziunea teoreticienilor americani

Nursingul a fost descris, până în prezent, în diferite moduri de către un mare număr de lideri și teoreticieni de nursing. La întrebări ca „ce este nursing-ul?“, „ce fel de servicii oferă nursele pacienților, față de alți lucrători din sănătate?“, au fost formulate multe răspunsuri. O definiție care este actuală și de bază, a fost enunțată de către American Nurse's Association (A.N.A.), care se referă la scopul practicii de nursing:

„Nursingul este diagnosticul și tratamentul răspunsului uman la problemele actuale sau potențiale de sănătate“

Aceasta înseamnă că nursing-ul nu este răspunzător de diagnosticarea și tratamentul cancerului, care e de competența medicului; dar nursing-ul este însă primul responsabil pentru diagnosticul de îngrijire și tratamentul acordat la răspunsul/reacția pacientului cu cancer, care s-ar putea exprima printr-o alimentare neadecvată, alterarea stimei de sine, anxietate, durere etc. Nursing-ul este implicat în aspectele de tratament medical, fiind cel care administrează tratamentul prescris de medic, însă accidentul trebuie pus pe reacția individului la problemele sale de sănătate.

Ce este procesul de nursing?

Procesul de nursing este rezolvarea problemei pe baza unui plan-cadru de acordare a îngrijirilor atât pacientului, cât și familiilor, grupurilor sau comunității.

Procesul de nursing este:
- un mod de a gândi ca nursă;
- o modalitate de a corela activitățile ce conduc la îngrijiri competente de nursing;
- un ciclu dinamic, care necesită repetate revizuiri;
- o orientare științifică de abordare a problemei de îngrijire.

Unii teoreticieni prezintă procesul de nursing în cinci etape, alții în patru, considerând *stabilirea problemei* și *planificarea îngrijirilor* o singură etapă – *planificarea.*

Prezentăm unul din modelele în cinci etape:

1. ***Culegerea de date – aprecierea***
   - Lasă-mă să văd această parte...
   - Spune-mi despre acest lucru...

2. ***Stabilirea problemei pentru formularea diagnosticului de nursing***
   - Ce probleme aveți?
   - Care este cauza?
   - Cum pot să știu eu despre aceasta?

3. ***Planificarea îngrijirilor***
   - Ce rezultat așteptăm?
   - Ce facem pentru aceasta?
   - Care este cea mai bună strategie?

4. ***Implementarea***
   - Punerea în acțiune a planului
   - Preocuparea pentru buna reușită a planului
   - Derularea acțiunilor din planul de îngrijire

5. ***Evaluarea***
   - A fost eficient planul aplicat? De ce nu a fost eficient?
   - Am reușit să ajungem până la sfârșitul etapei, conform planului stabilit?
   - Am făcut totul sau trebuia mai mult?
   - Unde s-a greșit?

Pe parcursul acestui proces se dezvoltă un plan de îngrijire, în cadrul căruia – conform exemplului simplu care urmează – chiar și o nursă cu experiență, ce folosește tehnici similare de rezolvare a problemelor se poate confrunta cu unele situații noi.

Exemplu: Tatăl constată haosul din camera copilului în vârstă de 7 ani. După ce a făcut o APRECIERE vizuală, pune DIAGNOSTICUL „în această cameră este

dezordine", stabileşte un PLAN de acţiune – scopul, „Să fie ordine în cameră", „Acest copil nu va merge afară la joacă înainte de a-şi pune în ordine toate jucăriile". El cere copilului să pună în aplicare planul de a face ordine în cameră – IMPLEMENTAREA. La sfârşit EVALUEAZĂ rezultatul. Acest exemplu accentuează faptul că planificarea rezolvării problemelor este important nu numai din punct de vedere ştiinţific, ci face parte, în acelaşi timp, din activităţile noastre zilnice. Asemănător se aplică utilizarea logică a ştiinţei nursing-ului printr-un proces sistematic de rezolvare a problemelor ce ţin de furnizarea serviciilor de îngrijire. Acesta este procesul de nursing. Planul scris, de îngrijire a pacientului are la bază aplicarea procesului de nursing. Acest plan de îngrijire serveşte ca ghid pe parcursul îngrijirii pacientului.

De ce este important procesul de nursing?

Folosit ca un instrument în practica de nursing, procesul de nursing ajută la asigurarea calităţii în îngrijirea pacientului. Fără un mod sistematic de abordare a îngrijirilor pacientului, omiterea sau dublarea unor acţiuni este iminentă. Planul de îngrijire ajută la reducerea acestor probleme, dacă este folosit ca un ghid pentru organizarea îngrijirilor. Aşa cum medicul foloseşte un plan de tratament pentru pacient, ca să asigure conducere medicală responsabilă şi consistentă, nursa utilizează procesul de îngrijire în vederea alcătuirii planului de îngrijire scopul fiind asigurarea şi conducerea unor îngrijiri de nursing consistente şi responsabile.

Deoarece primul beneficiu în folosirea procesului de nursing rezidă în îmbunătăţirea îngrijirilor acordate pacientului, se poate menţiona şi ce avantaje are nursa care posedă cunoştinţele şi abilităţile de a folosi acest instrument, planul de îngrijire.

1. Ca absolvent al unei şcoli de nursing acreditată. La toate nivelurile de educaţie în domeniul nursing-ului se cere studenţilor să aibă competenţele de bază pentru ca, după absolvire, să poată utiliza procesul de nursing.

2. Posibilitatea de a câştiga încredere. Planul de îngrijire, rezultat al procesului de nursing, oferă studentului sau nursei posibilitatea cunoaşterii capacităţilor sale profesionale în stabilirea problemelor specifice ale pacientului (care este principalul scop pentru pacient), cum şi unde acesta poate fi cel mai bine realizat.

3. Satisfacţia muncii. Un plan de îngrijire bun poate salva timp, energie, te ajută să eviţi frustrarea generată prin eroarea unei activităţi necoordonate între nursă, student sau alt membru al echipei. Coordonarea îngrijirilor de nursing prin

intermediul unui plan de îngrijire mărește considerabil șansele de realizare, cu succes, a scopului propus în problema de sănătate a pacientului. Nursa și studentul se vor simți foarte mândri și mulțumiți, din punct de vedere profesional, când scopul propus în planul de îngrijire a fost atins.

4. Dezvoltarea pe plan profesional. Planul de îngrijire oferă posibilitatea de a împărtăși cunoștințe și experiența și celorlalți colegi. Colaborarea cu colegii la formularea planului de îngrijire va ajuta nursele fără experiență să câștige abilități clinice. Ulterior, pe parcursul procesului de evaluare, atât nursa cât și studentul vor primi feedback-ul necesar pentru a decide în ce măsură a fost eficient planul de îngrijire, în concordanță cu problemele pacientului. Dacă planul a funcționat bine, atunci nursa poate utiliza și pe viitor o abordare asemănătoare a problemelor. În cazul unui eșec, nursa poate explora, împreună cu pacientul, cu ceilalți colegi, cu studenții, cu personalul de instruire sau cu nursa șefă, cauzele care au dus la un rezultat nesatisfăcător.

5. Sprijin în selectarea unui personal competent. Planul de îngrijire ajută nursele șefe, liderii și instructorii de nursing în modul de culegere cât mai fidel și complex a datelor ce trebuie consemnate într-un plan de îngrijire individualizat. Aplicarea planului de îngrijire este necesară, întrucât duce la îmbunătățirea calității îngrijirilor care nu este doar o cerință profesională a nursei. Dar, în același timp, trebuie avut în vedere dacă studentul aflat în stagiul de practică poate să lucreze cu pacientul lui după acest plan, sau este peste nivelul lui de cunoștințe și experiență și ce anume din îngrijirile de nursing pot fi delegate fără să comporte vreun risc.

6. Avantajul de a lucra într-un spital acreditat. Spitalele sunt acreditate de către o comisie pe plan național, ceea ce reprezintă garanția oferirii serviciilor de calitate pentru pacienți și, totodată, pentru nursele bine pregătite, garanția locului de muncă.

7. Standardele în practica de nursing. Standardele de practică elaborate de asociațiile profesionale stabilesc nivelurile obligatorii pentru practica de nursing, fiind activități integrate în procesul de nursing și ca atare trebuie respectate.

Folosirea procesului de nursing oferă în același timp avantaje și pentru pacient:

1. Participarea pacientului la propria îngrijire. Dacă pacientul este capabil să colaboreze cu nursa la stabilirea propriului plan de îngrijire, va câștiga prin faptul că

are abilitatea de a da sens îngrijirilor, în rezolvarea propriei probleme de sănătate. Când pacientul participă activ la propria îngrijire este mult mai dornic de atingerea scopului propus în planul de îngrijire şi de îmbunătăţirea cât mai grabnică a propriei sănătăţi.

2. Continuitatea în îngrijire. Se reduce considerabil posibilitatea repetării aceloraşi informaţii sau acţiuni de către nursa care continuă îngrijirea şi dispare neliniştea şi îngrijorarea pentru probleme ce nu sunt necesare a fi comunicate fiecărei nurse în parte, deoarece aceste date pot fi găsite, la nevoie, în planul de îngrijire.

3. Îmbunătăţirea calităţii îngrijirilor. Pe baza datelor culese cu conştiinciozitate la internarea pacientului şi a problemelor identificate împreună cu pacientul, nursa întocmeşte planul de îngrijire. Planul stabilit de nursă (şi care îi este familiar pacientului) serveşte ca ghid pentru alte nurse, ajutor de nurse şi studenţi, pe parcursul următoarelor 24 de ore în continuarea îngrijirilor.

Evaluarea continuă şi revederea planului de îngrijire asigură calitatea acestui demers şi conduce uşor la îmbunătăţirea stării de sănătate a pacientului sau, la nevoie, la refacerea planului. Acest mod de evaluare este procedeul cheie în procesul de nursing şi în planul de îngrijire a pacientului.

Acordarea îngrijirilor de nursă fără un plan de îngrijire, este ca şi cum ai încerca să găteşti punând toate ingredientele odată, fără să respecţi ordinea cerută de reţetă şi – ca să adaugi ceva în plus la necazul tău – să foloseşti aceeaşi bucătărie cu alţi trei bucătari, ce lucrează în schimburi diferite, dar utilizând o metodă identică. Tu poţi găti totul, dar un plan este necesar pentru a te ajuta să ştii cu ce să începi, cum să pregăteşti, când să serveşti şi cum – împreună cu ceilalţi colegi – îţi poţi coordona eforturile, pentru a pregăti cea mai bună mâncare posibilă.

Similar cu această situaţie, multe nurse sunt nevoite să împartă grijile, pe parcursul a 24 de ore, cu alte nurse, şi cu toate că fiecare dintre ele este capabilă să furnizeze îngrijiri, pentru coordonarea eforturilor are totuşi nevoie de un plan.

Când procesul de nursing va intra pe făgaşul dorit, veţi întâlni pacienţi care vor relata că ei primesc îngrijiri excelente de la nursele care înţeleg cu adevărat problemele lor de sănătate şi sunt preocupate de ei ca indivizi. Citind în fişa pacientului, poţi descoperi că nursa care a cules datele despre pacient la internare şi-a făcut timp pentru a discuta şi cu familia despre problemele actuale legate de starea de sănătate a acestuia. Rezultatul folosirii procesului de nursing este planul de îngrijire care descrie problemele şi îngrijirile fiecărui pacient în mod individual. Există foarte multe metode de plan de îngrijire care pot fi folosite. Acestea pot fi scrise de mână sau pot fi tipărite de către instituţia în care sunt folosite, ori pot fi

computerizate, nursa fiind doar nevoită să introducă datele care au fost adaptate în funcţie de nevoile specifice ale pacientului. Dar oricum va fi scris planul de îngrijire, acesta va cuprinde cele cinci etape care sunt esenţiale: Culegerea de date – aprecierea, stabilirea problemei pentru formularea diagnosticului de nursing, planificarea îngrijirilor, implementarea şi evaluarea.

PARTEA A DOUA

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR

aplicații și exemple

CAPITOLUL VI

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

1. ÎNDRUMĂRI METODICE PENTRU PREDAREA TEMEI: *„ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV"*

1. Locul temei în cadrul programei de nursing

Tema „îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului digestiv" este prevăzută a se studia în anul II al școlii postlice ale sanitare, profilul asistenți medicali generaliști.

Se rezervă un număr de 30 ore, având în vedere importanța temei pentru însușirea cunoștințelor, a formării deprinderilor și priceperilor privind îngrijirea bolnavului.

Studiul temei va fi corelat cu acele cunoștințe, însușite de elevi în anul anterior, despre „Nevoia de a bea și a mânca", „Recoltarea produselor pentru examene de laborator", „Sondaje și spălături", „Administrarea medicamentelor".

Cunoștințele de anatomie și fiziologie a tubului digestiv și a glandelor anexe, de medicină internă vor fi suportul noțiunilor de nursing.

2. Obiective generale ale temei

– *obiective cognitive* – realizarea lor se va concretiza prin performanțele comportamentale ale elevilor, ca, de exemplu:

a. cunoașterea problemelor ce țin de dependența pacientului cu felurite suferințe digestive;

b. cunoașterea tehnicilor de pregătire a pacientului pentru diferite examinări;

c. stabilirea obiectivelor de îngrijire adecvate fiecărui pacient, fiecărei probleme;

d. capacitatea de a evalua îngrijirile acordate și performanțele obținute de pacient în urma îngrijirilor;

e. capacitatea de a înțelege rolul educației sanitare, în prevenirea bolilor digestive, a complicațiilor lor, a infirmităților.

– *obiective psihomotorii*

a. formarea deprinderilor de recoltare, pentru examene de laborator, a sucului gastric, a sângelui, urinei și fecalelor;

b. formarea deprinderilor de a sesiza manifestările cauzate de apariția unor complicații (scaun melenic, fötor hepatic);

c. formarea deprinderilor de administrare a medicamentelor specifice.

– *obiective afective* – elevul, la finele capitolului a dobândit atitudini și convingeri precum că:

a) intervenția sa promptă și corectă în cazul unor manifestări cu caracter de urgență (HDS, ulcer perforat), poate salva viața pacientului;

b) atitudinea sa încurajatoare, menajarea intimității pacientului, reduc anxietatea, permit exprimarea temerilor pacientului, favorizează procesul de însănătoșire a acestuia.

3. Organizarea și desfășurarea lecției

a. Loc de desfășurare

Lecția se desfășoară în sala de nursing, amenajată și dotată corespunzător efectuării demonstrațiilor și exercițiilor de către elevi, în mod individual sau în grup.

Materialele vor avea locul bine stabilit în sala de nursing, pentru ca elevii să-și poată pregăti cele necesare pe măsuțele mobile, în fiecare etapă a lecției.

Astfel se vor pregăti următoarele:

b. Mijloace de învățământ

- materiale, instrumente pentru sondaj gastric, duodenal.
- substanțe de contrast – sulfat Ba, pobilan, razebil;
- rectoscop, anuscop;
- materiale pentru recoltarea sângelui, urinei, fecalelor, pentru diferite examinări;
- planșe:
  - schema explorării funcționale a aparatului digestiv;
  - schema explorărilor ficatului;
  - folosirea sondei Blakemoore;
  - gastroscop, esofagoscop;
  - chimismul gastric;
  - problemele bolnavului cu ciroză hepatică.
- retroproiector – folii;
- negatoscop;
- radiografii – diverse ale aparatului digestiv, colecistografii;

– soluții perfuzabile – perfuzatoare;
– materiale pentru injecții;
– punga cu gheață;
– patul universal;
– foi de temperatură;
– planuri de nursing cu diferite diagnostice nursing.

c. Metodele didactice folosite în predarea temei

– prelegerea școlară pentru secvențele temei referitoare la pregătirea aparaturii, instrumentelor, stabilirea obiectivelor de îngrijire;

– descrierea unor aparate;

– observația individuală dirijată –(de exemplu: planșele ce redau problemele pacientului cu ciroză), ilustrații;

– observația independentă – folosită în stagiul clinic, în secția medicină internă;

– conversația euristică – în toate secvențele lecțiilor. Elevii vor fi antrenați să facă legături logice între observațiile lor din spital și cunoștințele transmise;

– demonstrația clinică este utilizată în secvențele lecțiilor privind pregătirea instrumentelor pentru diferite tehnici, asigurarea pozițiilor pacientului pentru diverse examinări endoscopice, pentru puncție hepatică, abdominală;

– exercițiul – utilizat pentru ca elevul să-și formeze deprinderi de muncă independentă (exemplu: pregătirea materialelor pentru diferite tehnici, recoltări, puncții, perfuzii, reorganizarea locului de muncă);

– studiul de caz – utilizat pentru ca elevii să poată întocmi planuri de nursing pe cazuri concrete, în care să stabilească obiective pe termen scurt sau mai lung și intervenții adecvate;

– rezolvarea de probleme. (Exemplu: întocmirea meniului pentru o zi pentru bolnavul cu ciroză hepatică compensată).

d. Formele de organizare a instruirii – se aleg în cadrul desfășurării temei în funcție de obiectivele operaționale propuse.

modalități de participare:

– Sarcini individuale – exemplu: în cadrul secvențelor de fixare a cunoștințelor fiecare elev are sarcini precise.

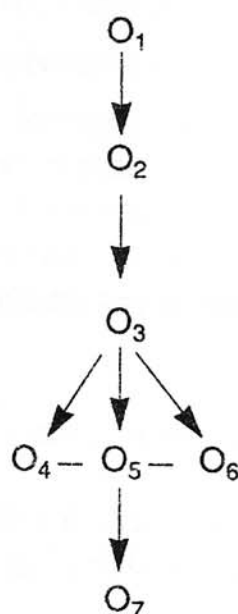
– Sarcini de lucru în grup – pentru rezolvarea de probleme. Exemplu – acordarea primului ajutor în caz H.D.S. – grup de 3-4 elevi, care pregătesc materialele pentru primul ajutor (pungă cu gheață) și transport (targa).

modalități de desfășurare a observațiilor și exercițiilor:

– independente – elevul observă, face exerciții pentru a obține performanța dorită;

– dirijate – elevul este îndrumat de profesor ce anume să observe, sau care parte a tehnicii nu o poate executa la parametrii corespunzători.

e. Desfăşurarea temei va urmări atingerea ***obiectivelor operaţionale:***



O_1 – Cunoaşterea tehnicilor de educaţie pentru sănătate în bolile tubului digestiv

O_2 – Cunoaşterea metodelor de explorare a aparatului digestiv.

O_3 – Formarea deprinderilor şi priceperilor de pregătire a pacientului pentru fiecare metodă de explorare.

O_4 – Cunoaşterea problemelor pacientului cu boli ulcerative ale tubului digestiv, cu infecţii.

O_5 – Stabilirea obiectivelor de îngrijire pentru fiecare problemă, pentru fiecare pacient.

O_6 – Formarea deprinderilor de aplicare a intervenţiilor autonome şi delegate în cazul fiecărei probleme a pacientului.

O_7 – Formarea deprinderilor de evaluare a îngrijirilor.

ŞEDINŢA	TIMP DE LUCRU	OBIECTIVELE OPERAŢIONALE
Şedinţa I	1 oră 1 oră 4 ore	O_1 – Cunoaşterea tehnicilor de educaţie pentru sănătate Actualizarea cunoştinţelor de anatomie, fiziologie, nursing corelate cu tema dată. O_2 – Cunoaşterea metodelor de explorare a aparatului digestiv, participarea asistentei – metodele radiologice
Şedinţa II	2 ore 2 ore 2 ore	– metodele endoscopice – participarea asistentei O_3 – explorarea stomacului – participarea asistentei – explorarea ficatului – participarea asistentei
Şedinţa III	2 ore 1 oră 3 ore	– explorarea căilor biliare – participarea asistentei O_3 – explorarea pancreasului – participarea asistentei O_{4-6} – Cunoaşterea problemelor pacienţilor cu diferite boli ale tubului digestiv: boli ulcerative, infecţii micotice, microbiene, cu calculoză biliară, cu tumori.
Şedinţa IV	3 ore 3 ore	Stabilirea obiectivelor de îngrijire pentru fiecare diagnostic nursing. O_{4-6} Cunoaşterea intervenţiilor autonome şi delegate pentru rezolvarea problemelor pacientului.

Şedinţa V	2 ore 4 ore 2 ore	Cunoaşterea modalităţilor de evaluare a îngrijirilor în cadrul planului de îngrijire. $O_{4\text{-}7}$ Întocmirea planului nursing al pacientului cu boală ulceroasă, ciroză hepatică, colică biliară. Test de evaluare finală.

Evaluarea rezultatelor se va realiza prin diferite procedee:

– teste scrise
– chestionare orală
– probe practice

Evaluarea rezultatelor instruirii se va face permanent în cadrul fiecărei şedinţe de lucru, dar şi la finele capitolului.

Pentru verificarea modului de însuşire a cunoştinţelor în cadrul unei şedinţe de lucru se vor folosi chestionare – test cu răspunsuri la alegere sau cu răspunsuri construite (vezi test de evaluare).

Probele practice au în vedere evaluarea formării deprinderilor şi priceperilor de pregătire a bolnavului pentru diferite examinări ale tubului digestiv, a materialelor necesare ca şi de îngrijire a bolnavului cu diferite probleme, precum: vărsătură, hematemeză, dezechilibru hidroelectrolitic. Pentru aceasta, grupa de elevi se va împărţi în subgrupe de trei până la şase elevi, care vor rezolva diferite probleme de îngrijire (vezi set de probleme).

Evaluarea rezultatelor prin probe practice se va concretiza în cadrul stagiilor clinice, prin comportamentul elevilor faţă de bolnavi, ca şi prin integrarea lor activă în echipa de îngrijire în secţiile gastroenterologice, medicină internă.

Chestionarea orală are în vedere verificarea însuşirii cunoştinţelor necesare pentru a se putea elabora planul de nursing pentru bolnavul cu diferite boli ale tubului digestiv, ca şi modul de utilizare a limbajului medical. Prin acest procedeu se va verifica însuşirea de către elevi a noţiunilor despre alimentaţia bolnavilor cu afecţiuni digestive şi importanţa ei în tratamentul acestor boli. Se vor formula probleme ca: arătaţi care alimente sunt indicate sau contraindicate în boala ulceroasă; întocmiţi meniul pentru 24 ore al unui bolnav în faza acută a bolii ulceroase, precum şi meniul în faza de acalmie a unui bolnav cu rectocolită ulceroasă etc. Acestea pot conduce profesorul la aprecierea corelării cunoştinţelor elevilor despre nevoia de a se alimenta, starea de independenţă şi alimentaţia în cazul diferitelor probleme de dependenţă.

Indiferent de forma de evaluare a cunoştinţelor, profesorul, în finalul lecţiilor, va face aprecieri asupra rezultatelor obţinute de elevi, iar atunci când rezultatele sunt nesatisfăcătoare stabileşte noi strategii de învăţare.

g. Lecția ca modalitate principală de organizare și desfășurare a activității de instruire, în studierea capitolului „Îngrijiri în afecțiunile aparatului digestiv", se poate organiza sub forma următoarelor tipuri: • lecție pentru însușirea de noi cunoștințe (în ședințele 1 și 2); • lecție de formare a priceperilor și deprinderilor de muncă independentă (exemplu: ședințele 2 și 4); • lecție de verificare, apreciere și notare a cunoștințelor și deprinderilor (exemplu: ședința 5); • lecție complexă – mixtă (exemplu: ședința 1); • lecție vizită – se utilizează în ședința a doua de lucru, vizita făcându-se în serviciul de explorări funcționale a secției gastroenterologie pentru cunoașterea aparaturii endoscopice.

h. Conținutul științific al temei este prezentat, în continuare, sub forma planurilor de nursing, formulate la modul general, rămânând ca în cadrul lecțiilor să se întocmească planuri concrete pentru cazurile de îmbolnăvire, pe care profesorul le va da spre studiu elevilor. Sunt enumerate *problemele* de dependență ale pacientului, actuale și potențiale (cele care apar în cazul unor complicații ale bolii), prezente în bolile aparatului digestiv.

Obiectivele de îngrijire sunt enunțate la modul general, ca fiind performanțele pe care să le atingă bolnavul privind starea sa de sănătate și pe care și le propune asistenta să le obțină ca urmare a intervențiilor acordate. În cadrul lecțiilor, prin aplicarea studiului de caz și întocmirea planurilor de îngrijire se pot formula obiective cu termene precise și specifice care să răspundă sistemul SPIRO.

Intervențiile asistentei medicale în îngrijirea pacientului cu boli digestive sunt prezentate detaliat atât cele autonome, cât și cele delegate. În cazul urgențelor medicale, sunt indicate acele intervenții pe care le aplică asistenta ca măsuri de prim ajutor. Se insistă ca pacientul să învețe cum să se autoîngrijească să prevină complicațiile bolii, să respecte regimul alimentar.

Evaluarea îngrijirilor se referă la situația în care pacientul are o evoluție favorabilă, ca urmare a îngrijirilor acordate, el însușindu-și cunoștințele și deprinderile necesare menținerii stării de sănătate.

i. Obținerea feed-back-ului. În cadrul lecțiilor se realizează prin următoarele modalități:

– alegerea metodelor de învățământ, care să asigure un mare grad de participare a elevilor în toate momentele lecției (conversație euristică, demonstrația profesorului urmată de exerciții efectuate de toți elevii, rezolvarea de probleme, teste, (activitate în grup sau individuală);

– reușita momentelor de muncă independentă a elevilor și calitatea lor;

– calitatea și volumul exercițiilor aplicative efectuate de elevi în etapa de fixare a cunoștințelor din cadrul unei lecții;

– calitatea răspunsurilor, a deprinderilor însușite de elevi în etapa de verificare și evaluare a cunoștințelor la sfârșitul capitolului „Îngrijirea bolnavilor cu afecțiuni ale tubului digestiv".

j. Bibliografia recomandată elevilor

L. Titircă – „Breviar de explorări funcționale și îngrijiri speciale acordate bolnavului".

Dr. G. Baltă și colaboratorii – „Tehnici speciale de îngrijirea bolnavilor"; „Tehnici generale de îngrijirea bolnavilor".

C. Mozeș – „Tehnica îngrijirii bolnavului".

Borundel – „Manual de medicină internă".

4. TESTE DE EVALUARE A CUNOȘTINȚELOR

A. *Înlocuiți termenul care lipsește din următoarele enunțuri:*

1. Examenul radiologic al intestinului gros se face după administrarea $BaSO_4$ pe..............................la 24 ore sau prin...

2. Pregătirea pacientului pentru colecistografie se face cu............................înaintea examenului prin alimentație..................................medicație...și.................................. intestinului.

3. Pentru explorarea funcției secretorii a stomacului se execută.. recoltându-se................................probe de suc gastric. Utilizându-se histamina ca excitant al secreției gastrice, DOB este.............................DOH..HCL liber.......................... aciditate totală..

4. Sindromul de hepatocitoliză se explorează prin cercetarea... iar sindromul colestatic prin determinarea..

5. Examenul materiilor fecale pentru explorarea...se recoltează după administrarea prânzului..

6. Pacientul cu ulcer gastroduodenal prezintă..epigastrică, care apare............................

7. Intervențiile de urgență ale asistentei medicale în H.D.S. sunt: asigurarea................................. ....repausul.......................,colectarea............................,măsurarea.................................

8. Obiectivul principal al îngrijirilor pacientului cu, rectocolită hemoragică este menținerea...................................și..și psihic al pacientului.

9. Problemele pacientului cu colică biliară sunt: durere,...................................și ....febră, iar uneori...............................tegumentelor.

10. Somnolența,..........................,..............................,sunt probleme care apar când se agravează starea pacientului cu ciroză hepatică.

B. *Scrieți dacă următoarele enunțuri sunt adevărate sau false; puneți A sau F înaintea fiecărui enunț.*

1. Igiena alimentației previne bolile digestive.
2. Examenul pentru cercetarea hemoragiilor oculte în scaun se face după 3 zile de pregătire cu prânzul Schmitd-Strasburger.
3. Colangiografia este examenul vezicii biliare.
4. Gastrostomia este o tehnică chirurgicală aplicată bolnavilor cu ulcer perforat.
5. Pacientul cu colostomă, care are un aparat de colectare a fecalelor nu este independent.
6. Asistenta medicală educă pacientul cu pancreatită cronică să evite mesele copioase.
7. Dacă la pacientul cu ciroză hepatică ascitogenă se înregistrează creșterea diurezei, scăderea în greutate este o manifestare de agravare a bolii.
8. Regimul alimentar în boala ulceroasă este același pe toată perioada de evoluție a bolii.
9. Pacientul cu stomatită ulceroasă trebuie să folosească veselă proprie.

10. Aspirația gastrică se face numai cu seringa.

C. *Încercuiți răspunsul corect:*

1. Problemele pacientului cu boală ulceroasă sunt:
   a) foame dureroasă
   b) vărsătură alimentară
   c) poliurie
   d) colorație icterică.
2. Explorarea pancreasului exocrin se face prin:
   a) examen radiologic
   b) examen cu izotopi radioactivi
   c) examenul de laborator al sângelui și urinei.
3. Intervențiile asistentei medicale în îngrijirea pacientului cu ciroză hepatică:
   a) asigură alimentația pacientului
   b) supraveghează febra și frisonul
   c) notează greutatea corporală și diureza
   d) pregătește pacientul pentru flebografie.
4. Obiectivele stabilite de asistenta medicală în îngrijirea pacientului cu calculoză biliară sunt:
   a) diminuarea durerilor
   b) prevenirea escarelor de decubit
   c) diminuarea vărsăturilor
   d) colorația roză a tegumentelor.
5. La externarea din spital, pacientul suferind de boala ulceroasă va cunoaște:
   a) alimentele pe care să le excludă din alimentație
   b) cum să-și administreze medicația
   c) cum să prevină contaminarea altor persoane.
6. Durerea în pancreatită acută e problema importantă a pacientului și se caracterizează prin:
   a) violență
   b) suportabilitate
   c) e însoțită de vărsături
   d) e însoțită de nicturie.
7. În evaluarea îngrijirilor în caz de aspirație digestivă se are în vedere dacă:
   a) aspirația funcționează eficient
   b) pacientul poate să se odihnească
   c) pacientul poate să înghită alimentele.
8. Corectarea echilibrului hidroelecrolitic al pacientului care nu va mai vărsa se face pe cale orală:
   a) administrare de lichide în cantități mici
   b) administrare de lichide fierbinți
   c) administrare de lichide în cantități mici, ritmic.
9. Pentru examenul radiologic al esofagului substanța de contrast se pregătește:
   a) 150 g $BaSO_4$ dizolvat în 300 ml apă
   b) 150 g $BaSO_4$ dizolvat în 150 ml apă
   c) 450 g $BaSO_4$ dizolvat în 1500 ml apă.
10. Gastroscopia, examenul endoscopic al stomacului necesită pregătirea pacientului prin:
    a) clismă evacuatoare în seara precedentă examenului

b) spălătură gastrică în preziua examenului

c) evacuarea conținutului gastric în dimineața examenului

D. **Set de probleme** care se vor rezolva în cadrul lecțiilor în timpul fixării cunoștințelor și evaluării rezultatelor.

1. Pregătiți bolnavul și materialele necesare pentru recoltarea sucului gastric în vederea examenului chimic (chimism gastric).

Grupuri de câte doi elevi.

2. Pregătiți bolnavul și materialele necesare pentru recoltarea bilei în vederea examenelor citologice, parazitologice și bacteriologice.

Grupuri de câte 2-3 elevi.

3. Îngrijiți la domiciliu și asigurați transportul la spital a unui bolnav care prezintă hematemeză.

Grupuri de câte 6 elevi.

4. Pregătiți bolnavul și materialele necesare pentru efectuarea unei puncții abdominale evacuatoare.

Grupuri de câte 4 elevi.

5. Pregătiți bolnavul și materialele necesare pentru efectuarea unei puncții biopsice hepatice. Îngrijiți bolnavul după efectuarea puncției.

Grupuri de câte 3 elevi.

6. Îngrijiți bolnavul adus din sala de endoscopie după efectuarea gastroscopiei.

Grupuri de 2 elevi.

7. Pregătiți materialele și bolnavul pentru explorarea ficatului prin testul „toleranță la galactoză".

Grupuri de 3 elevi.

8. Recomandați regimul alimentar pe care să îl respecte bolnavul în vederea cercetării hemoragiilor oculte în materiile fecale, bolnavul fiind neinternat în spital.

Se dau sarcini în scris individuale la 4-5 elevi.

9. Pregătiți materialele necesare și bolnavul pentru hidratarea parenterală cu soluție glucozată 5% în cazul unui bolnav deshidratat, care a prezentat scaune diareice și vărsături.

Grupuri de 3 elevi.

10. Pregătiți materialele necesare și bolnavul pentru efectuarea transfuziei de sânge a unui bolnav adus de urgență și care prezintă H.D.S.

Grupuri de 4-5 elevi.

RĂSPUNSURI

Testul A.

1. cale orală; clismă.
2. 3 zile; neflatulentă; cărbune medicinal; triferment; golirea intestinului.
3. chimismul gastric: 9 probe......................DOB 70-80 ml; 150 ml; 20-40 mEq/l; 40-60 mEq/l.
4. transaminazelor; bilirubinemiei.
5. pancreasul; Schmitd-Strasburger.
6. durere; după mese.
7. repausul fizic; digestiv; vărsături; scaunului, T.A., puls.
8. echilibrului hidroelectrolitic, nutrițional.
9. grețuri; vărsături; icter.
10. scăderea afectivității, HDS.

Testul B.

1. A	6. A
2. F	7. F
3. F	8. F
4. F	9. A
5. F	10. F

Testul C.

1. a, b	6. a, c
2. b, c	7. a, b
3. a, c	8. c
4. a, c, d	9. b
5. a, b	10. b, c

2. NURSINGUL ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

Prin intervențiile sale, asistenta medicală participă la prevenirea îmbolnăvirilor aparatului digestiv, la îngrijirea pacientului cu suferințe acute sau cronice digestive, cât și la reabilitarea celor cu incapacități cronice.

Prevenirea bolilor aparatului digestiv presupune cunoașterea factorilor nocivi din mediu, precum și a grupelor populaționale cu risc crescut față de aceste boli. Se impune participarea conștientă și responsabilă a populației la activitatea de profilaxie.

1. Educația pentru sănătate a populației

Măsuri de profilaxie primară	– vizează reducerea numărului de cazuri noi de îmbolnăvire. – constă în: – *dispensarizarea* persoanelor cu risc crescut, persoane cu teren ulceros (descendenți din familii, în care unul sau ambii părinți au ulcer gastroduodenal). – *dispensarizarea* persoanelor *cu simptome nespecifice.* – educarea populației privind *igiena buco-dentară* (dentiție bună care să asigure masticația). – *educarea* populației privind *igiena alimentară:* – alimentație echilibrată cantitativ și calitativ; – pregătirea alimentelor – fără excese de condimente, fierbinți sau reci; – orarul alimentației – mese regulate; – igiena psihonervoasă – servirea mesei în condiții de relaxare nervoasă, ambianță plăcută.

	– *educarea* populației privind *abandonarea obiceiurilor dăunătoare:* – alcoolismul, fumatul care favorizează apariția bolii stomacului, ficatului.
Profilaxia secundară	– urmărește, prin măsurile luate, ca în evoluția bolilor digestive deja existente să nu apară complicații grave. Se realizează prin dispensarizarea bolnavilor digestivi (bolnavi cu ulcer gastric sau duodenal, hepatită cronică).
Profilaxia terțiară	– se realizează prin acțiuni destinate diminuării incapacităților cronice de reeducare a invalidităților funcționale ale bolnavilor (gastrectomie, gastrostomie, anus iliac).

2. Explorarea funcțională a aparatului digestiv*

ORGANUL EXAMINAT	METODE UTILIZATE
Esofagul	– examen radiologic – examen endoscopic urmat de – examen histologic al fragmentului de țesut recoltat – cateterism.
Stomacul	– Examen radiologic – examen endoscopic, urmat de – examen histologic al țesutului recoltat – examenul secreției gastrice recoltată prin: – tubaj gastric fracționat – test de stimulare a secreției gastrice – tubaj matinal à jeun – tubaj gastric nocturn.
Intestinul subțire	– examen radiologic – examen histopatologic recoltat cu sonde de aspirație – examenul materiilor fecale: – pentru explorarea motilității (proba cu carmin) – pentru explorarea digestiei și absorbției intestinale – examenul cu izotopi radioactivi.
Intestinul gros	– Examenul radiologic – administrarea substanțelor de contrast: – descendent – ascendent (irigoscopie) – examenul endoscopic – rectoscopie, anuscopie

*Vezi „Breviar de explorări funcționale și îngrijiri speciale acordate bolnavului" de Lucreția Titircă și „NURSING – Tehnici de evaluare și îngrijiri acordate de asistenții medicali", Lucreția Titircă.

	– examenul histopatologic – examenul materiilor fecale – macroscopic
Ficatul	– examenul de laborator al sângelui pentru explorarea: – sindromului de hepatocitoliză – sindromului de deficit funcţional hepatic – sindromului colestatic – examenul endoscopic – laparoscopia – examenul morfologic – puncţia ficatului – examenul cu izotopi radioactivi – scintigrafia hepatică – examene cu semnificaţie etiopatogenetică
Vezica biliară şi căile biliare	– examenul de laborator al bilei recoltată prin: – tubaj duodenal metoda Meltzer-Lyon – tubaj duodenal minutat – examen radiologic – colangiografia; colecistografia.
Pancreasul exocrin	– metode directe: – examenul sângelui, – examenul urinei, – examenul sucului pancreatic — Pentru dozarea enzimelor pancreatice – metode indirecte – examenul materiilor fecale – examenul cu izotopi radioactivi: – pentru studierea digestiei – pentru scintigrama pancreatică

În îngrijirea pacienţilor cu afecţiuni ale aparatului digestiv şi glandelor anexe sunt posibile următoarele probleme de îngrijire, pe baza cărora asistenta medicală stabileşte obiective şi intervenţii specifice:

– alimentaţie inadecvată (surplus sau deficit);
– disconfort abdominal legat de dureri;
– anxietate;
– alterarea integrităţii mucoasei tubului digestiv;
– alterarea nutriţiei organismului;
– alterarea imaginii de sine;
– frică, teamă legată de prognosticul bolii;
– alterarea dinamicii familiale;
– potenţial deficit de volum lichidian;
– potenţială alterarea ritmului circulator şi respirator.

Aceste probleme pot avea cauze şi manifestări diferite.

3. PLANURI DE ÎNGRIJIRE A PACIENȚILOR CU AFECȚIUNI ALE APARATULUI DIGESTIV

1. Plan de îngrijire - ghid

Stomatită ulceroasă

DIAGNOSTIC NURSING ACTUAL SAU POTENȚIAL	OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI: PROPRII ȘI DELEGATE	EVALUARE
Alterarea integrității mucoasei bucale Cauze: – lipsa cunoașterii îngrijirilor de prevenire a leziunilor Manifestări: – arsură bucală; – dureri la masticație; – miros fetid al gurii; – salivație abundentă; – gingivoragii	Pacientul să prezinte mucoasă bucală integră, normal colorată în...zile Să se poată alimenta fără dificultate în... zile	– efectuează spălături bucale, gargarisme cu apă bicarbonată 2-3%, sau infuzie cu mușețel după fiecare masă; – hidratează pacientul cu lichide prin tub de sucțiune în primele zile de boală; – alimentează pacientul cu piureuri, supe pasate în zilele următoare și apoi recomandă pacientului alimentație completă, necondimentată, la temperatura corpului; – educă pacientul să excludă factorii care influențează alterarea mucoasei bucale (fumatul, alcoolul, protezele dentare neadaptate); – verifică înțelegerea sfaturilor	Pacientul mestecă fără dificultate, se alimentează și se hidratează corespunzător nevoilor organismului său.
Risc de infecție a leziunilor bucale Manifestări: – febră – tulburări circulatorii – tulburări respiratorii	Să se prevină contaminarea ulcerațiilor bucale	– administrează tratamentul antiinfecțios recomandat de medic; – folosește obiecte de toaletă individuală, veselă și tacâmuri proprii; – utilizează instrumente sterilizate de unică folosință	Pacientul nu prezintă semnele infecției.

2. „Plan de îngrijire - ghid"

„Boala ulceroasă"

1	2	3	4
Disconfort abdominal Cauze: –alterarea integrității mucoasei gastrice; Manifestări: – durere epigastrică care apare la 1-2 ore după mese sau nocturn; – pirozis – foame dureroasă	Pacientul să aibă o stare de confort fizic să se poată alimenta în decurs de...zile.	– asigură repausul fizic și psihic al pacientului (12 – 14 ore pe zi repaus la pat, repaus obligatoriu post-prandial) în perioada dureroasă; – asigură dieta de protecție gastrică, individualizată în funcție de fazele evolutive ale bolii; alimentația este repartizată în 5-7 mese pe zi. *Alimente permise:* laptele dulce, făinoasele fierte în lapte, ou fiert moale sau sub formă de ochi românesc, carne de vițel sau de pasăre (fiartă sau la grătar), pâine veche de o zi, supe de zarzavat, legume sub formă de pireuri, sufleuri, biscuiți, prăjituri de casă, fructe coapte. *Alimente interzise*: lapte bătut, iaurt, carne grasă, legume tari (varză, castraveți), pâine neagră, cafea, ciocolată, supe de carne, sosuri cu prăjeli, alimente reci sau fierbinți, conserve, condimente. – pregătește pacientul pentru explorări funcționale și îl îngrijește după examinare; – administrează medicația prescrisă de medic: antiacidă, alcalinizantă, antisecretoare, sedativă;	Durerile diminuează, perioadele de acalmie se prelungesc; Pacientul respectă dieta prescrisă

1	2	3	4
		– informează pacientul asupra efectelor secundare ale medicației;	
Anxietate Cauze: – necunoașterea prognosticului bolii. Manifestări: – îngrijorare, teamă	Pacientul să fie echilibrat psihic în...zile; Să cunoască regimul de viață pe care trebuie să-l respecte.	– identifică împreună cu pacientul cauzele anxietății; – pregătește psihic pacientul în vederea tuturor investigațiilor și tratamentelor; – educă pacientul pentru profilaxia secundară a bolii; evitarea stresului, a alimentelor iritante pentru stomac, renunțarea la obiceiuri dăunătoare (alcool, fumat).	Pacientul este echilibrat psihic; abandonează fumatul și alcoolul; cunoaște regimul de viață impus.
Deficit de volum lichidian Cauze: – vărsături; – inapetență. Manifestări: – anemie; – scădere ponderală; – astenie.	Pacientul să fie echilibrat volemic și nutrițional în decurs de...zile.	– supraveghează pulsul, tensiunea arterială, apetitul, semnele de deshidratare, scaunul și greutatea corporală; – pregătește pacientul preoperator atunci când aceasta se impune; – face bilanțul zilnic între lichidele ingerate și cele eliminate (ingesta – excreta); – administrează pe cale parenterală soluțiile perfuzabile prescrise.	Pacientul este echilibrat nutrițional, nu prezintă semne de deshidratare.

3. „Plan de îngrijire – ghid"

„Hemoragie digestivă superioară"

1	2	3	4
Deficit de volum lichidian Cauze: – pierderi anormale de lichide – hematemeză; – melenă – transpirație. Manifestări: – sete; – astenie; – amețeli; – paloarea tegumentelor; – anemie.	Pacientul să fie echilibrat volemic și hidroelectrolitic în...zile	– evaluează gravitatea hemoragiei la locul accidentului prin măsurarea pulsului, tensiunea arterială; – transportă imediat pacientul la spital; – colectează produsele eliminate: scaun, vărsături, apreciind cantitatea și aspectul; – asigură repausul digestiv prin alimentația pe cale naturală până la oprirea hemoragiei; – aplică măsurile de hemostază: pungă cu gheață în regiunea epigastrică, administrează medicația hemostatică, administrează soluții hemostatice pe cale orală cu cubulețe de gheață; – asigură echilibrul hidroelectrolitic și corectează anemia prin soluțiile prescrise de medic (ser fiziologic, soluție Ringer, sânge integral, plasmă); – alimentează pacientul pe cale naturală după oprirea hemoragiei ziua I. 20-30 ml/h ceai rece; ziua II. se crește cantitatea de lapte și ceai; ziua III, piure, griș cu lapte;	Pacientul prezintă scaun cu aspect normal, nu prezintă vărsături, anemia este corectată.

1	2	3	4
		ziua IV. budincă, cremă de lapte; ziua V. se adaugă legume fierte, ou fiert moale	
Anxietate Cauze: – necunoașterea prognosticului bolii. Manifestări: – neliniște; – agitație.	Să diminueze anxietatea. Pacientul să cunoască boala sa și măsurile de prevenire a complicațiilor	– explică pacientului factorii declanșatori ai hemoragiei; – îl învață să păstreze repausul fizic și psihic; – favorizează un climat de liniște și securitate.	Pacientul cunoaște modul de viață ce trebuie respectat pentru a preveni un nou episod hemoragic.
Risc de complicații Cauze: – dezechilibrul hidroelectrolitic; – anemia Manifestări: – alterarea circulației: tahicardie, hipotensiune arterială, colaps; – stare de șoc.	Pacientul să aibă respirația și circulația restabilite, să fie corectată anemia în decurs de ...zile.	– asigură repausul la pat în decubit dorsal, după caz, poziție Trendelenburg; – repausul se menține cca 3 zile după oprirea hemoragiei; – monitorizarea pulsului, T.A. respirație la intervalele stabilite în funcție de gravitatea cazului (30-60 min). – recoltează sânge pentru examene de laborator în vederea aprecierii anemiei și a șocului hemoragic; – pregătește sonda Blackmoore pentru a fi introdusă când hemoragia nu se oprește după administrarea medicației hemostatice; – pregătește preoperator pacientul, la indicația medicului.	Pacientul este echilibrat circulator, hodroelectrolitic și psihic

1	2	3	4
Lipsa autonomiei în îngrijirile personale Cauze: – anemie; – astenie; Manifestări: – incapacitatea de a-și acorda îngrijiri igienice, de a se alimenta, de a se deplasa.	Pacientul autonom în asigurarea îngrijirilor personale în...zile	– ajută pacientul în satisfacerea nevoilor igienice ale organismului, pentru a-i conserva energia; – deservește bolnavul la pat cu bazinet și urinar; – îl ajută să se alimenteze.	Pacientul se îngrijește în mod autonom.

4. „ Plan de îngrijire – ghid"

„Rectocolita ulcero – hemoragică"

1	2	3	4
Disconfort abdominal Cauza: – procesul inflamator intestinal. Manifestări: – dureri abdominale; – dureri după defecație – jenă permanentă ano-rectală	Pacientul să nu prezinte dureri abdominale în...zile	– asigură repausul la pat fizic și psihic în perioadele evolutive; – administrează medicația prescrisă (antiinflamatoare, antiinfecțioasă, simptomatică) și urmărește efectele medicației; – pregătește pacientul pentru examenul endoscopic și radiologic și îl îngrijește după examinare.	Durerile abdominale, tenesmele rectale diminuează. Perioadele de remisiune se prelungesc.

1	2	3	4
Deshidratare Cauze: – scaune diareice frecvente (de la 3-20/24 h) cu mucus, sânge și puroi. Manifestări: – astenie – paloare – anemie – scădere ponderală.	Pacientul să prezinte eliminări intestinale normale în... săptămâni Pacientul să fie echilibrat hidroelectrolitic.	– asigură alimentația: regim hidric în primele zile ale fazelor scurte, apoi supe de zarzavat îmbogățite cu griș și orez, brânză de vaci, ouă moi, carne fiartă, piure de morcov. Regimul este sodat. Regim hipercaloric, în caz de denutriție, în perioadele de liniște; – supraveghează scaunul pacientului cantitativ și caracteristicile lui.	Pacientul este echilibrat hidroelectrolitic și nutrițional. Prezintă scaun normal.
Anxietate Cauze: – incertitudinea față de prognosticul bolii. Manifestări: – îngrijorare; – insomnie; – iritabilitate.	Să diminueze anxietatea pacientului, să i se atragă atenția asupra normelor de viață pe care trebuie să le respecte.	– furnizează pacientului cunoștințele necesare despre boală, despre tratamentul de întreținere și despre alimentația pe care trebuie să o respecte.	Pacientul este echilibrat psihic.

1	2	3	4
Risc de alterare a stării generale Cauze: – hemoragii; – perforații ale colonului. Manifestări: – deshidratare; – alterarea circulației și respirației; – cașexie.	Pacientul să prezinte perioade de acalmie cât mai lungi, să nu prezinte manifestări caracteristice complicațiilor	– supraveghează pulsul, T.A. și le notează grafic; – recoltează produse în vederea examenului de laborator (sânge, materii fecale, urină); – supraveghează manifestările de deshidratare (aspectul tegumentelor și al mucoaselor, T.A., pulsul, diureza).	Nu au apărut complicații, semne de deshidratare.

5. „Plan de îngrijire – ghid"

Infecții virale, bacteriene, micotice ale tubului digestiv

A. STOMATITE – GINGIVITE – ESOFAGITE

1	2	3	4
Alterarea integrității mucoasei bucale, esofagiene Cauze: – procesul inflamatoriu manifestări: – arsură în cavitatea bucală; – dureri la masticație;	Să se amelioreze durerile la masticație și deglutiție în...zile	– curăță, dezinfectează cavitatea bucală prin spălături, gargară, badijonări cu $ZnCl_2$ 0,5% – alimentează pacientul cu lichide alimentare	Pacientul mestecă și înghite alimentele ușor, fără dificultate.

1	2	3	4
– dureri la deglutiție; – dureri retrosternale; – salivație abundentă; – gust neplăcut.		– administrează tratamentul prescris.	
Disconfort abdominal Cauza: – durerea Manifestare: – slăbiciune; – oboseală.	Să diminueze durerile, în...zile.	– supraveghează durerea la intervale regulate de timp, pulsul, T.A., temperatura corpului. – ajută pacientul în satisfacerea nevoilor fiziologice ale organismului.	Pacientul este echilibrat psihic, nu prezintă dureri.

B. GASTRITE

1	2	3	4
Disconfort abdominal Cauza: – inflamarea mucoasei gastrice manifestări: – durere epigastrică imediat după mese	Să se amelioreze durerile epigastrice; să se asigure o bună digestie a alimentelor în...zile.	– administrează medicația antispastică și pansamentele gastrice; – participă la investigații – pregătește pacientul pentru examinare radiologică și îl îngrijește după examinare; – asigură alimentația de crutare gastrică.	Pacientul nu prezintă dureri, prezintă stare de bine.
Risc de deficit în ce privește volumul de lichid Cauza: – procesul inflamator. Manifestări:	Pacientul să-și mențină echilibrul hidroelectrolitic.	– asigură alimentația: în primele două zile – ceaiuri, supe strecurate; apoi piureuri de legume, griș cu lapte, budinci, după care se	Se menține echilibrul nutritiv al organismului.

1	2	3	4
– grețuri; – vărsături alimentare, mucoase sau biliare; – anemie.		trece treptat la o alimentație comună; – notează vărsăturile; – face zilnic bilanțul ingesta-excreta.	
Riscul alterării eliminării intestinale Cauza: – cronicizarea. Manifestări: – constipație sau diaree; – balonări postprandiale; – anemie.	Pacientul să aibă eliminări intestinale normale în decurs de...zile	– educă pacientul pentru a respecta ritmul de servire a meselor, evită alimentele condimentate, consumul de alcool și tutunul; – educă pacientul să se prezinte la controale stomatologice pentru a avea o bună dentiție și o bună masticație a alimentelor.	Pacientul e conștient de riscurile nerespectării alimentației recomandate și a consumului de alcool și tutun.

C. ENTEROCOLITE

1	2	3	4
Deshidratare Cauze: – vărsături; – scaune subțiri (lichide) 5-10-30/zi. Manifestări: – adinamie; – sete; – oligurie; – hipotensiune arterială;	Pacientul să-și recapete echilibrul hidric și nutrițional în...zile Pacientul să aibă o alimentație completă în cca 10 zile.	– asigură repausul fizic și psihic al pacientului; – menține igiena tegumentelor, a lenjeriei; – reechilibrează hidroelectrolitic pacientul prin regim hidric 24-48 ore (apă și zeamă de orez); apoi regim alimentar de tranziție; orez fiert în apă, brânză de vaci, carne fiartă, ou fiert moale; după 8-10 zile se poate introduce laptele și mezelurile;	Pacientul este echilibrat hidroelectrolitic; este apetent.

1	2	3	4
– colaps; – tahicardie.		– supraveghează scaunul, frecvența, consistența; – supraveghează manifestările de deshidratare: aspectul tegumentelor, diureza, pulsul, T.A., comportamentul pacientului; – recoltează produsele pentru examen bacteriologic (coprocultură).	
Disconfort abdominal Cauza: – procesul inflamator intestinal. Manifestări: – dureri abdominale difuze sau colici abdominale; – greţuri – tenesme rectale.	Să diminueze greţurile şi durerile abdominale în...zile.	– supraveghează durerile abdominale şi caracteristicile lor; – recomandă pacientului poziţia antalgică de diminuare a durerilor; – administrează tratamentul antispastic.	Durerile abdominale s-au redus.
Hipertermie Cauza: – procesul infecţios. Manifestări: – temperatura peste 37 grade C.	Pacientul va avea temperatura corpului între 36 şi 37 grade C în...zile	– administrează tratamentul infecţios recomandat de medic; – măsoară temperatura corpului şi notează în foaia de temperatură.	Pacientul este afebril.
Riscul răspândirii infecţiei	Pacientul să nu devină sursă de infecţie pentru alte persoane	– respectă măsurile de prevenire a infecţiilor nosocomiale.	Nu se înregistrează răspândirea procesului infecţios.

6. Plan de îngrijire – ghid

Dischinezii biliare; colecistite; colecistite calculoase

A DISCHINEZIE BILIARĂ

1	2	3	4
Durere în hipocondrul drept Cauza: – modificări funcționale ale căilor biliare Manifestări: – senzație de greutate în hipocondrul drept; – dureri repetate sub formă de colici biliare; – icter scleral și tegumentar.	Să se amelioreze durerile în...ore	– asigură repausul fizic, psihic și alimentar în perioada acută a bolii. – administrează tratamentul antispastic, antiemetic, sedativ al pacientului – supraveghează durerea notând caracteristicele și mijloacele folosite pentru diminuarea ei.	Pacientul are o stare de bine fizic și psihic, tegumentele și mucoasele sunt normal colorate.
Alimentație inadecvată: în deficit Cauze: – inapetența; – grețurile; – vărsăturile. Manifestări: – constipație; – deficit ponderal.	Pacientul să nu prezinte vărsături, să fie echilibrat hidroelectrolitic, în...zile.	– supraveghează vărsăturile (cantitativ și conținut); notează în foaia de temperatură; – asigură alimentația: în perioadele dureroase regim hidric, îmbogățit cu făinoase, apoi brânză de vaci, carne de pui sau de vită, fiartă. Sunt contraindicate alimentele grase, carnea grasă, șunca, mezelurile, prăjelile, conservele;	Pacientul este echilibrat nutrițional. Greutatea corporală se menține constantă.

1	2	3	4
		– recoltează produsele pentru examenul de laborator; – pregătește pacientul pentru efectuarea unor explorări funcționale – tubaj duodenal, colangiografie și îngrijește pacientul după efectuarea explorărilor.	
Anxietate Cauza: – necunoașterea prognosticului bolii Manifestări: – depresiune psihică.	Pacientul să fie echilibrat psihic; să fie informat asupra regimului de viață și de alimentație pe care să-l respecte.	– instruiește pacientul pentru a exclude din alimentație alimentele grase și tehnicile de preparare a alimentelor cum ar fi prăjirea sau afumarea; – educă pacientul să aibă o viață ordonată, echilibrată.	Pacientul cunoaște și respectă normele de viață impuse. Este echilibrat psihic.

Colecistite acute

1	2	3	4
Disconfort abdominal Cauza: – procesul inflamator Manifestări: – dureri în hipocondrul drept, cu iradiere în umărul drept; – grețuri; – vărsături biliare; – icter	Pacientul să nu prezinte dureri în... ore.	– administrează medicația analgezică și antispastică recomandată de medic; – asigură repausul fizic și psihic; – pregătește pacientul pentru examenul radiologic al căilor biliare, după cedarea fenomenelor acute.	Pacientul prezintă stare de bine și confort.

1	2	3	4
Hipertermie Cauza: – procesul inflamator Manifestări: – temperatura 39-40°C – frison	Pacientul să aibă temperatura corporală 36-37° C în... zile	– folosește mijloacele antiinflamatoare nemedicamentoase (pungă cu gheață); – administrează medicația antiinfecțioasă; – supraveghează temperatura corporală, pulsul și T.A.; – recoltează produse pentru examene de laborator (VSH, HL).	Pacientul este afebril.
Anxietate Cauza: – necunoașterea prognosticului bolii	Să se amelioreze anxietatea.	– creează un climat de încredere empatică; – pregătește fizic pacientul pentru investigații.	Pacientul are o stare de bine.

7. „Plan de îngrijire – ghid"

„Calculoză biliară"

1	2	3	4
Durere acută Cauza: – procesul patologic. Manifestări: – durere colicativă în hipocondrul drept cu iradiere în umărul drept; – greţuri; – vărsături.	Să diminueze durerile colicative și vărsăturile în... ore	– asigură repausul la pat pe perioada colicii biliare: – aplică pungă cu gheață în regiunea hipocondrului drept; – asigură hidratarea și alimentarea în funcție de perioada evolutivă; 24 ore regim hidric și apoi se îmbogățește treptat cu supe de zarzavat, piureuri;	Durerile au cedat; pacientul nu prezintă vărsături, nu sunt semne de deshidratare.

1	2	3	4
		– administrează medicație antialgică, antiseptică.	
Anxietate Cauza: – necunoașterea mijloacelor de diminuare a durerii..	Să se amelioreze anxietatea în... ore.	– aplică metodele de diminuare a durerii nemedicamentoase; – educă pacientul privind regimul alimentar și de viață pe care să-l respecte după diminuarea colicii (să evite maioneza, smântâna, carnea grasă).	Pacientul cunoaște măsurile de prevenire a apariției colicii.
Risc de hipertermie Cauza: – secundară infecției. Manifestări: – creșterea temperaturii peste 37 grade C.	Pacientul să prezinte temperatura corporală în limite normale.	– administrează tratamentul cu antibiotice.	Pacientul nu este febril.
Riscul alterării circulației și respirației Cauza: – complicațiile bolii. Manifestări: – paloare; – tahicardie; – hipotensiune arterială; – transpirații.	Pacientul să fie echilibrat circulator și respirator.	– supraveghează temperatura, T.A. respirația, pulsul, la intervale de timp egale; – supraveghează eliminările pe toate căile, făcând zilnic bilanțul ingesta–excreta.	Nu au intervenit complicații (perforație, piocolecist).

Protocol pentru observarea durerii/24 h

Diagnosticul medical: colecistită acută

Data: 26 februarie 1995												IDENTIFICAREA PACIENTULUI: B.M. Fem. 45 ani					
ORA	INTENSITATEA DURERII PE ZONE ȘI LA EFORT				DURERE GLOBALĂ	MĂSURI PENTRU DIMINUAREA DURERII							MANIFESTĂRI ÎNSOȚITOARE				APRECIERI
	A	B	C	D									I	II	III	IV	
	Hipocondrul drept	Iradiere în lomba dreaptă	Iradiere scapulo-humeral-drept	Efort		Ridicare	Întoarcere	Masaje	Activitate de distragere a atenției	Administrare de antispastice și analgezice	Schimbarea poziției	Alte ajutoare	Vărsături	Astenie	Transpirații reci	Febră	
10.00																	Durerea s-a diminuat după administrarea de algocalmin și schimbarea poziției
12.00																	Diminuarea durerii după 16 min. de la întoarcere și de la distragerea atenției
12.30																	Administrare de analgezice. Eficiență 3 ore.
15.30																	Ușoare dureri la ora 15.30
18.30																38°	După efortul de mers la grupul sanitar, durerea s-a accentuat
24.30																	Durerea s-a accentuat, ceea ce a determinat administrarea de algocalmin
5.00																	Bolnava a dormit între orele 1.00-5.00 prezintă dureri ușoare
8.00																37°	Bolnava a servit micul dejun, durerea s-a ameliorat pentru 15-30 min.
10.00																	După administrarea de algocalmin durerea s-a diminuat.

8. „Plan de îngrijire – ghid"

Ciroză hepatică

1	2	3	4
Disconfort abdominal Cauza: – procesul inflamator hepatic; Manifestări: – fatigabilitate; – anxietate; – inapetență; – grețuri; – balonare, postprandială; – mărimea în volum a abdomenului.	Pacientul să prezinte stare de confort fizic, să se amelioreze starea generală în... zile	– asigură repausul la pat 16-18 ore pe zi în decubit dorsal sau în poziția adoptată de pacientul cu ascită masivă, care să-i faciliteze respirația; – administrează tratamentul cortizonic, diuretic, hepatoprotector, lipotrop; – pregătește pacientul și materialele pentru puncția abdominală evacuatoare (dacă este cazul).	Pacientul prezintă stare staționară clinică, diureza crește, greutatea corporală scade.
Deficit de volum de lichid Cauze: – epistaxis; – gingivoragii; – metroragii; – melenă; – hematemeză. Manifestări: – alterarea circulației și respirației	Pacientul să nu prezinte hemoragii.	– recoltează sângele, urina, pentru examenele de laborator; – supraveghează scaunul, urina (cantitativ și culoare), icterul tegumentar, greutatea corporală și le notează în foaia de temperatură; – supraveghează comportamentul pacientului; sesizând semnele de agravare a stării sale;	Pacientul nu prezintă manifestări hemoragice.

1	2	3	4
		– hidratează oral pacientul când nu varsă și pe cale parenterală în celelalte situații, cu soluții glucozate, tampoane cu insulină; – alimentează cu produse lactate, zarzavaturi, fructe fierte, coapte, supe, piureuri (desodate); – educă pacientul și antrenează familia pentru a respecta alimentația și normele de viață impuse în funcție de stadiul bolii.	
Lipsa autonomiei în îngrijirile personale Cauze: – slăbiciune; – epuizare. Manifestări: – incapacitate de a se spăla și îmbrăca, de a merge la toaletă.	Pacientul să atingă un grad maxim de autonomie în funcție de stadiul bolii; familia să fie implicată în îngrijire.	– reduce la maximum efortul fizic al pacientului prin deservirea la pat, pentru a-i conserva energia; – menține igiena tegumentară, a lenjeriei, a cavității bucale (când pacientul prezintă gingivoragii, gust amar).	Familia este implicată în îngrijirea pacientului și cunoaște măsurile de îngrijire (suplinire).
Risc de alterare a integrității tegumentelor Cauza: – pruritul, edemele Manifestări: – leziuni de grataj.	Să se mențină integritatea tegumentelor.	– respectă normele de prevenire a infecțiilor nosocomiale; – supraveghează edemele, măsoară greutatea corporală; – supraveghează icterul; – administrează medicație calmantă a pruritului.	Pacientul prezintă tegumente integre.

9. „Plan de îngrijire – ghid"

Pancreatită acută

1	2	3	4
Disconfort abdominal Cauza: – procesul inflamator. Manifestări: – dureri supraombilicale violente, apărute brusc; – imobilitate cu iradiere dorsală și restrosternală; – vărsături alimentare, biliare și hemoragice; – meteorism abdominal.	Să se amelioreze durerile abdominale, să nu prezinte vărsături, să fie echilibrat hidroelectrolit în... zile.	– asigură repausul la pat în poziție decubit dorsal; – aplică punga cu gheață în regiunea epigastrică; – administrează tratamentul prescris antialgic, sedativ, antiinflamator, antihemoragic, antienzimatic; – asigură repausul digestiv; 4-5 zile regim 0 (alimentație parenterală); în zilele următoare: 400-500 ml/24 h, ceai, supă strecurată; regimul se îmbogățește treptat; – recoltează sângele și urina pentru examenele de laborator; – educă pacientul pentru profilaxia secundară a bolii; să combată obezitatea, alcoolismul, prânzurile copioase și să-și trateze corect toate infecțiile; – pregătește preoperator pacientul când se impune tratament chirurgical.	Pacientul nu prezintă dureri, este echilibrat hidroelectrolitic, se ameliorează starea generală.
Alterare a eliminării intestinale Manifestări: – retenție de fecale și gaze.	Pacientul să prezinte scaun normal – cantitativ și calitativ.	– supraveghează scaunul și notează în foaia de temperatură.	Pacientul are tranzit intestinal prezent.

10. „Plan de îngrijire - ghid"

Pacientul cu gastrostomie

Gastrostomia este crearea unei legături directe între cavitatea gastrică și mediul extern prin intermediul unei sonde.
Scopul: alimentarea pacientului, care necesită, timp îndelungat alimentație pe cale artificială (stricturi esofagiene).

1	2	3	4
Alimentație inadecvată: deficit Manifestări: – scădere în greutate.	Pacientul să fie echilibrat nutrițional	– alimentează pacientul: – pregătește bulionul alimentar din amestecuri de alimente cu valoare calorică mare, cu conținut în vitamine, ușor de digerat (lapte, zahăr, supă strecurată, unt, ou crud, cacao, sucuri de fructe, zeamă de compot); – reguli de preparare: amestec omogen, lichid, cu temperatura 37 grade C; – administrează bulionul alimentar prin intermediul sondei cu ajutorul seringii Guyon; cantitatea la o masă de 500 ml, injectarea se face lent și se închide sonda după injectarea alimentelor; – educă pacientul pentru a-și pregăti singur alimentele și să se alimenteze la domiciliu.	Pacientul este echilibrat nutrițional, greutatea corporală se menține constantă.
Anxietate Cauza: – neliniștea în legătură cu starea sa.	Pacientul să fie echilibrat psihic	– menajează psihicul pacientului, prin asigurarea unui mediu de intimitate atunci când se aplică tehnicile de nursing; – implică familia în îngrijirea pacientului.	Pacientul are capacitatea de a se îngriji. Pacientul acceptă infirmitatea sa.

1	2	3	4
Manifestări: – depresie psihică.			
Alterarea integrității tegumentelor din jurul fistulei Cauza: – iritație produsă de sucul gastric. Manifestări: – roșeață; – ulcerații.	Tegumentele să fie curate, integre, fără leziuni în jurul fistulei.	– îngrijește tegumentele din jurul fistulei prin curățare, uscare, protejare cu cremă și aplicarea unui pansament uscat; – învață pacientul să se îngrijească singur.	Pacientul prezintă tegumente integre, în jurul fistulei.
Riscul alterării dinamicii familiale Cauza: – modificarea schemei corporale. Manifestări: – izolare; – singurătate.	Familia să fie implicată în îngrijirea pacientului.	– poartă discuții cu familia și o antrenează în îngrijirea pacientului.	Familia ajută pacientul în îngrijire devenind suportul său moral.

11. „Plan de îngrijire – ghid"

Pacientul cu colostomie

Colostomia reprezintă orificiul de evacuare a materiilor fecale creat pe cale chirurgicală, după o intervenție pe colon.

1	2	3	4
Perturbarea imaginii de sine Cauza:	Pacientul să se adap-	– menajează psihicul bolnavului, asigurând	Pacientul se adap-

1	2	3	4
– neadaptarea la modificarea schemei corporale. Manifestări: – izolare.	teze la noua sa schemă corporală.	intimitatea în timpul manevrelor de îngrijire curente; – identifică cu pacientul influența modificării schemei corporale asupra vieții sociale și profesionale.	tează la noua sa situație, cunoaște cum să se autoîngrijească.
Deshidratare Cauza: – intoleranță digestivă Manifestări: – scăderi în greutate	Pacientul să-și mențină echilibrul hidroelectrolitic și nutritiv.	– asigură alimentația pacientului: 2-3 zile alimentație parenterală, apoi alimentația hidrică, continuându-se cu alimentație semipăstoasă, neflatulentă; – asigură măsurile pentru prevenirea escarelor și a complicațiilor pulmonare; – educă familia pacientului în vederea preparării hranei.	Pacientul își menține greutatea corporală constantă, nu apar semne de deshidratare.
Risc de infecții Cauza: – scăderea rezistenței organismului	Să se vindece plaga chirurgicală fără complicații, pacientul să știe să folosească aparatul de fixare la nivelul colostomiei pentru colectarea materiilor fecale.	– pansează plaga chirurgicală – supraveghează drenajul; – îngrijește colostomia: a) primele zile pansament gros absorbant; pentru menținerea umidității intestinului; se aplică comprese îmbibate în ser fiziologic; b) după reluarea alimentației naturale, se aplică pansamentul gros absorbant care se schimbă frecvent; se curăță tegumentele din jur cu ser fiziologic, se usucă, se protejează cu pomadă; c) adaptarea aparatului de colectare a materiilor fecale pentru a putea crea independența pacientului	Plaga chirurgicală vindecată.
Riscul alterării dinamicii familiare Cauza: – modificarea schemei corporale Manifestări:	Familia să fie implicată în îngrijirea pacientului	– Educă familia pentru a crea pacientului un mediu de liniște și încredere.	Familia se implică în îngrijirea pacientului și este suportul său moral.

CAPITOLUL VII

ÎNGRIJIREA PACIENTULUI CU DIABET ZAHARAT

Diabetul zaharat este o boală metabolică cu evoluție cronică, transmisă genetic sau câștigată în timpul vieții, caracterizată prin perturbarea metabolismului glucidic, însoțită sau urmată de perturbarea celorlalte metabolisme (lipidic, proteic, mineral). Fiind cea mai răspândită boală metabolică, asistentei medicale îi revin sarcini în prevenirea bolii, în îngrijirea bolnavilor și în reabilitarea bolnavilor la care au survenit complicații, invalidități.

Clasificarea actuală, după O.M.S., privind diabetul zaharat este următoarea:

– diabet zaharat tip I. insulinodependent (20% din cazuri, apare sub vârsta de 40 de ani)

– diabet zaharat tip II. insulinoindependent (80% din cazuri, cu răspuns pozitiv la antidiabeticele orale).

1. Educația pentru sănătate a populației privind diabetul zaharat

Măsuri de profilaxie primară	– Măsurile vizează reducerea numărului de cazuri noi de îmbolnăvire. – Constau în: – dispensarizarea persoanelor cu factori genetici potențiali diabetogeni (în antecedentele familiale, diabet zaharat la rude de gradul I.); – dispensarizarea persoanelor cu infecții pancreatotrope (virus urleian, virusul hepatitei); – educarea întregii populații pentru a reduce din alimentație glucidele rafinate, excesul de glucide; – educarea populației pentru a combate supraalimentația și obezitatea, stresul, factori ce favorizează diabetul zaharat de maturitate; – educarea femeilor care au născut feți cu greutate de peste 5 kg să reducă glucidele din alimentație;

	– educarea tinerilor diabetici care vor să aibă copii sănătoși să evite căsătoriile dintre doi parteneri diabetici (posibilitatea ca și copilul să aibă diabet este de 60-100%).
Măsuri de profilaxie secundară	– Dispensarizarea bolnavilor cu diabet zaharat – efectuarea controalelor clinice și de laborator în mod periodic. – Învățarea pacientului să-și administreze corect medicamentele, să-și prepare alimentele pentru a putea duce o viață identică cu a persoanelor sănătoase. – Învățarea pacientului să evite fumatul, alcoolul, eforturile fizice mari, obezitatea – pentru a preveni complicațiile bolii.
Măsuri de profilaxie terțiară	– Readaptarea individului, reinserarea socială în cazul apariției unor complicații invalidante (nevrite, retinopatie diabetică)
Măsuri de gradul II	– Asigurarea unei morți demne, liniștite în stadiile finale ale bolii.

2. Rolul asistentei medicale în efectuarea actelor de investigație

a) Recoltează produsele biologice pentru examene de laborator.

Pentru dozarea glucozei în sânge	– Recoltează 2 ml sânge venos într-o eprubetă cu 4 mg florură Na, se agită. Bolnavul este à jeune. Eprubeta se etichetează și se trimite la laborator. Glicemia normală 80-120 mg%.
Pentru dozarea glucozei în urină	– Recoltează urina din 24 h într-un borcan curat, gradat. Din întreaga cantitate se trimit la laborator 150-200 ml urină. Pe eticheta ce însoțește produsul se notează cantitatea de urină/24 h Normal, glicozuria este absentă.
Testul toleranței la glucoză pe cale orală. T.T.G.O. (tehnica O.M.S.)	– Recoltează sânge pentru dozarea glucozei à jeune. – Administrează 75 g glucoză pulvis dizolvată în 200 ml apă. – Recoltează sânge pentru dozarea glucozei la 30-60-90-120 minute. Normal T.T.G.O. la 2 ore este mai mic sau egal 200 mg %. Valorile T.T.G.O. mai mare sau egal 200 mg% sunt caracteristice pentru diabetul zaharat.
Pentru dozarea corpilor cetonici în urină	– Recoltează urina/24 h. Se trimit la laborator 150 ml. Prezența lor în urină se întâlnește în coma diabetică, vărsături prelungite.

Toleranța la glucide	– Scop – stabilirea dozei de insulină ce urmează a se administra: – Administrează bolnavului timp de 3 zile în alimentație o cantitate fixă de glucide. (exemplu: 200 g). – Zilnic recoltează urina/24 ore pentru glicozurie și sânge pentru dozarea glicemiei. – Se face media glicozuriei pe cele 3 zile și se scade din cantitatea de glucide administrată/24 h. De exemplu, media este de 80 g/24 h. Această cifră se scade din 200 g glucide administrate zilnic, ceea ce înseamnă că 120 g sunt tolerate. Pentru 80 g glucide netolerate se administrează 40 u insulină (1 u pentru 2 g glucoză în urină). – Dacă bolnavul nu prezintă glicozurie sau 10 g/24 h se consideră o bună toleranță la glucide.
Pentru cercetarea rezervei alcaline	Se recoltează sânge venos pe anticoagulant (heparină). Normal 27 mEq/l. Scade în diabetul zaharat decompensat.

b) Participă la efectuarea examenului fundului de ochi, examenul neurologic prin pregătirea bolnavului pentru examen și îngrijirea după examinare.

(Vezi „Breviar de explorări funcționale și îngrijiri speciale acordate bolnavilor" de L. Titircă).

3. Plan de îngrijire - ghid

Diabet zaharat

DIAGNOSTIC NURSING SAU POTENȚIAL	OBIECTIVE	INTERVENȚIILE ASISTENTEI: PROPRII ȘI DELEGATE	EVALUARE
Alimentație inadecvată: Cauza: – dezechilibrul metabolismului glucidelor. Manifestări: – polifagie; – polidipsie.	Să se obțină echilibrul metabolismului glucidic în ...zile Pacientul să se alimenteze în raport cu nevoile sale cantitative și calitative/24 ore.	– pentru pacientul ambulator: – invită periodic pacientul la controale clinice și de laborator în cadrul dispensarului medical (glicozurie, glicemie); – pentru pacientul dezechilibrat, internat în spital: – asigură alimentația pacientului: – evaluează nevoile cantitative și calitative în funcție de vârstă (copil, adolescent, adult), sex, stare fiziologică (sarcină, alăptare), activitatea pacientului, forma bolii: proteine 13-15%, lipide 30-35%, glucide 50% (250-300 gr) în rația alimentară/24 h la adult, ca și la persoana nediabetică; pentru activitatea ușoară se recomandă 30-35 cal./kgcorp/24 h; – numărul meselor/24 h: 4-5-6(3 mese principale și 2-3 gustări); – alegerea alimentelor se face în funcție de conținutul de glucide; – alimente interzise: zahăr, produse zaharoase, fructe uscate,	Pacientul prezintă glicemia și glicozuria în limitele admise.

1	2	3	4
		prăjituri, leguminoase uscate, siropuri, struguri, prune; – alimente permise, cântărite: pâine (50% glucide), cartofi (20% glucide), pastele făinoase, fructe, legume, (cu peste 5% glucide), lapte, brânză de vaci, mămăligă; – Alimente permise necântărite: carnea și derivatele din carne, peștele, ouăle, brânzeturile, smântâna, untul, legumele cu 5% glucide (varza, conopida, pătlăgelele roșii, fasolea verde); din alimentația zilnică să nu lipsească carnea, oul, peștele;	
		– prepararea alimentelor: se va folosi pentru îndulcirea ceaiurilor, compotului, ciclamat de sodiu sau zaharina (care se pun după fierberea produselor); sosurile nu se îngroașă cu făină, ci cu legume pasate; pastele făinoase se cântăresc înainte de fierbere; pâinea se cântărește înainte de a fi prăjită (prin deshidratare se concentrează în glucide); se folosește fierberea și coacerea ca tehnici de preparare a alimentelor; – recoltează produsele pentru examenul de laborator (sânge, urină); – administrează medicația prescrisă de medic la orele indicate;	Pacientul respectă dieta recomandată.
		– insulina ordinară: S.C. în doza recomandată, administrată cu 15-30 min. înaintea mesei (folosește seringă specială,	Pacientul își administrează corect tratamentul medicamentos.

1	2	3	4
		gradată în unități de insulină, ține seama că alcoolul inactivează produsul); ritmul de administrare: 2-3 ori pe zi, înaintea meselor principale; administrarea T.V. numai în cazul comei diabetice; – insulina monocomponentă, semilentă, lentă o dată sau de două ori pe zi la ore fixe, injecții S.C.; – respectă cu strictețe măsurile de asepsie; – alternează locul de injectare pentru a preveni lipodistrofiile loc de injectare: – fața externă a brațului, 1/3 mijlocie; – fața antero externă a coapsei, 1/3 mijlocie; – regiunea subclaviculară; – flancurile peretelui abdominal; – regiunea fesieră; superoexternă; – administrează medicația orală hipoglicemiantă; sulfamide hipoglicemiante sau biguanide și urmărește efectele secundare ale acestora (grețuri, vărsături, epigastralgii, inapetență); – administrează medicația adjuvantă – vitaminoterapia, KCL.	
Deshidratare Cauza: – poliuria Manifestări: – scădere în greutate; – astenie;	Pacientul să-și recapete condiția fizică în... săptămâni. Pacientul să fie conștient că prin respecta-	– măsoară zilnic diureza și notează în foaia de temperatură; – măsoară greutatea corporală la interval de 2-3 zile; – evaluează manifestările de deshidratare:	Pacientul duce o viață cvasinormală, își desfășoară în bune condiții activitatea profesională.

1	2	3	4
– oboseală; – epuizare.	rea alimentației și a tratamentului, poate să ducă o viață cvasinormală.	aspectul pielii și al mucoaselor, pulsul, tensiunea arterială; – evaluează astenia, epuizarea pacientului și îl ajută în îngrijiri igienice pentru conservarea forței sale fizice;	
Anxietatea Cauza: – necunoașterea prognosticului bolii. Manifestări: – insomnie, îngrijorare.	Pacientul să cunoască manifestările bolii, regimul de viață pe care să-l respecte, să se obțină echilibrul său psihic. Familia să fie implicată în îngrijirea pacientului.	– asigură condiții de îngrijire în spital în saloane mici, liniștite, care să permită repausul fizic și psihic al pacientului; – explică pacientului normele de viață și alimentație pe care trebuie să le respecte; – pune la dispoziție pacientului exemple de pacienți cu evoluție favorabilă îndelungată.	Pacientul este echilibrat psihic, participă activ la propria îngrijire.
Risc de infecție Cauze: – epuizarea; – scăderea rezistenței organismului. Manifestări: – vindecarea întârziată a plăgilor.	Pacientul să fie ferit de complicații infecțioase.	– supraveghează zilnic temperatura corpului, pulsul, tensiunea arterială, consemnează în foaia de temperatură rezultatul; – supraveghează tegumentele bolnavului și mucoasele, sesizând manifestările cutanate; – educă pacientul privind păstrarea igienei personale corporale, în general, și a picioarelor, în special, pentru a preveni escoriațiile, fisurile, bătăturile la acest nivel, care se pot infecta ușor (atenție la obezi, la nivelul plicilor).	Pacientul prezintă tegumente integre.

1	2	3	4
Risc de complicații acute Cauze: – dezechilibrul metabolismului glucidelor și lipidelor Manifestări: – comă hiperglicemică; – oboseală, somnolență, inapetență; – grețuri, vărsături, diaree – tahicardie – pierderea lentă a conștienței – piele uscată – respirație Küsmaul, – halenă de acetonă – comă hipoglicemică: – amețeli, astenie – transpirații – T.A. crescută – pierderea bruscă a conștienței – piele umedă – respirație normală	Pacientul să nu prezinte complicații acute ale bolii.	– sesizează unele modificări, care se datorează unor complicații: modificări ale comportamentului (obnubilarea), transpirații, respirație Küsmaul; – acordă îngrijiri speciale: a) în coma hiperglicemică: – administrează doza de insulină ordinară recomandată de medic pe cale subcutanată și intravenoasă, la intervalul stabilit; – recoltează, periodic, sânge pentru dozarea glucozei, a rezervei alcaline și urină pentru glicozurie; – supraveghează pulsul, tensiunea arterială, respirația, revenirea conștienței; – reechilibrează hidroelectrolitic și acidobazic pacientul prin perfuzii cu ser fiziologic, soluție Ringer, soluție Fischer și soluție bicarbonat de sodiu 14 g‰; – îngrijește tegumentele și mucoasele pacientului comatos. b) în coma hipoglicemică: – administrează soluție glucozată, hipertonă 10-20%, 250-500 ml/h, repetat, până la	Pacientul nu prezintă complicații acute ale bolii. Familia susține moral pacientul.

1	2	3	4
		revenirea din starea de comă și la reluarea alimentației pe cale naturală; – educă pacientul pentru prevenirea acestor complicații și îl învață să respecte rația de glucide/24 h: – să cântărească alimentele – să înlocuiască unele alimente cu conținut mare de glucide prin altele cu conținut mai redus, pentru a obține senzația de sațietate (exemplu: pâine 50% glucide se poate înlocui cu mămăliga cu 12% glucide) – învață pacientul insulinodependent cum să-și dozeze medicamentul, cum să-și facă injecția cu insulină, cum să respecte regulile de asepsie, cum să alterneze locul de injectare, cum să păstreze produsul (loc uscat, T+4, +7 grade), să mănânce la 15-30 minute după administrare	
Risc de complicații cronice: – scăderea acuității vizuale; – dureri în membrele inferioare		– învață pacientul să recunoască semnele complicațiilor acute și cum să intervină în cazul acestora (în caz de hipoglicemie să-și administreze puțină apă îndulcită);	

1	2	3	4
		– învaţă pacientul să folosească teste rapide de determinare a glicemiei şi glicozurie la domiciliu; – implică familia în îngrijirea pacientului pentru a crea climatul de linişte şi securitate; în cazul copiilor, părinţii sunt implicaţi în totala îngrijire a copilului diabetic.	

CAPITOLUL VIII

PREGĂTIREA PREOPERATORIE ȘI ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI GENITAL FEMININ

1. PARTICULARITĂȚI ÎN PREGĂTIREA PREOPERATORIE ȘI ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE ÎN AFECȚIUNI ALE APARATULUI GENITAL FEMININ

1. Obiective de instruire

La sfârșitul capitolului elevii trebuie să fie capabili:

– să descrie starea pacientei înaintea intervenției chirurgicale;

– să realizeze pregătirea psihică, emoțională și fizică înaintea operației;

– să antreneze pacienta și familia în pregătirea pentru operație și în prevenirea complicațiilor;

– să identifice problemele specifice în intervențiile pe aparatul genital feminin, în special în cele mutilante (histerectomie și mastectomie);

– să planifice îngrijiri adaptate, să stabilească obiective pe termen lung și scurt cunoscând etapele pe care le parcurge femeia operată.

VOCABULAR

1. Anexectomie
2. Chiuretaj uterin
3. Cistocel
4. Cistorectocel
5. Colpectomie
6. Colporafie
7. Colpoperineorafie
8. Histerectomie
9. Ovarectomie
10. Prolaps
11. Rectocel
12. Salpingectomie

2. Aspecte generale

Intervenția chirurgicală reprezintă un eveniment deosebit în viața pacientului, în general, și a femeii, în special, care va fi resimțită ca un șoc sau ca o agresiune percepută în mod conștient sau inconștient.

Pacienta va manifesta sentimente pozitive (dispariţia durerii, ameliorarea sau dispariţia simptomelor, perspectivă de vindecare), sau sentimente generate de neadaptare (anxietate, frica de suferinţă, de moarte, de anu se mai trezi din anestezie sau de a se trezi în timpul intervenţiei, teama de mutilare, de schimbare a imaginii corporale, atentat la pudoare).

Faţă de acest stres preoperator, persoana îşi construieşte mecanisme de apărare în scopul de a-şi menţine integritatea psihică, exprimate în următoarele comportamente:

a) regresia	– bolnava se comportă ca un copil dependent care se lasă în voia celor care o îngrijesc;
b) agresivitatea	– bolnava este permanent nemulţumită, neîncrezătoare, i se pare că nu este la fel de bine îngrijită, consideră că are nevoie de mai multe îngrijiri şi atenţie;
c) negarea realităţii	– întâlnită mai ales la bolnavele cu cancer care refuză să creadă că „tocmai lor li s-a întâmplat". Nu sunt capabile să recepţioneze mesajul, nu înţeleg informaţiile furnizate (sentimentul poate fi răspândit la întreaga familie);
d) izolarea în sine	– traduce o mare anxietate, o mare dificultate de a-şi exprima sentimentele, uneori pare indiferentă şi privirea parcă ar spune „Faceţi ce vreţi cu mine, nu mă interesează, scăpaţi-mă de asta, vă rog";
e) comportament hiperton	– pare că ştie tot, că are foarte mult curaj dar, în majoritatea cazurilor, ascunde o mare nelinişte

Este foarte important ca asistenta să cunoască toate aceste comportamente diferite, astfel încât să nu judece greşit bolnava după reacţiile manifestate într-un anumit interval, dar şi pentru a putea face o analiză pertinentă a informaţiilor, să stabilească problemele şi obiectivele de îngrijire, să aleagă corespunzător acţiunile de nursing.

Trebuie să existe totdeauna timp suficient pentru a putea culege informaţii complete, pacienta simţindu-se mai apropiată de asistentă, care este tot femeie şi este capabilă să-i înţeleagă gândurile nerostite.

Probleme deosebite ridică femeile diagnosticate cu cancer, la care în afara intervenţiei există şi teama de moarte, dar şi la cele cu intervenţii mutilante urmate de modificarea schemei şi imagini corporale, preocupate de modificarea comportamentului sexual (imposibilitatea raportului sexual, lipsa libidoului, reacţia partenerului), de pierderea feminităţii şi atractivităţii, cu atât mai mult, cu cât cancerul de col apare mai ales la femeia sexual activă.

În cazul cancerului, comportamentele prezentate pot fi manifestate şi în alte moduri, în funcţie de percepţia proprie fiecărei femei şi uneori, de educaţia religioasă.

Dintre acestea, mai frecvent întâlnite sunt:

a) șocul și negarea	– durează câteva săptămâni, când, deși a aflat diagnosticul, speră să fie o greșeală;
b) furia, revolta	– când nimeni și nimic nu-i intră în voie. Teama de moarte o face să fie agresivă, pot apărea conflicte atât cu personalul din spital, cât și cu membrii familiei. Asistenta trebuie să informeze familia și să explice faptul că agresivitatea este datorită bolii și durerii psihologice;
c) tocmeala	– situația în care chiar și cele care n-au crezut sau n-au practicat anume credință religioasă încearcă să facă un târg cu Dumnezeu. Femeia imploră ajutorul divinității, face chiar promisiuni că dacă va fi bine (mai greu se gândesc la vindecare), va deveni credincioasă. Este un moment important, deoarece credința spirituală susține moral femeia în ceasurile de cumpănă;
d) deprimarea	– când pacienta este copleșită de gânduri. Se gândește la copii, cum se vor descurca dacă ea va muri. Asistenta medicală trebuie să-și rezerve timp pentru a sta de vorbă cu bolnava, chiar și atunci când s-a izolat și nu dorește comunicarea. Lipsa de comunicare influențează perioada de adaptare și de convalescență;
e) acceptarea	– la care pacienta ajunge numai dacă s-a vorbit cu ea, i s-a câștigat încrederea.

3. Intervenții chirurgicale pentru afecțiuni ginecologice

Afecțiunile ginecologice care pot fi tratate chirurgical sunt numeroase: tumori ale aparatului genital, infecții ginecologice, tulburări de statică uterină (prolaps uterin), malformații congenitale.

Intervențiile asupra aparatului genital se pot efectua pe cale abdominală (în marea majoritate a cazurilor), pe cale vaginală sau perineală (pentru perineu și în alte leziuni jos situate) și mixte (abdominală și vaginală).

Cele efectuate pe cale abdominală se împart în două categorii:

a) intervenții conservatoare	– în care organele se păstrează și continuă să-și îndeplinească funcția: – rezecție parțială de ovare, – restabilirea permeabilității trompei, implantare sau reimplantare de trompă.

b) intervenţii mutilante	– în care organele se elimină, funcţia este eliminată sau grav afectată. Pentru organele pereche (ovar, trompe) îndepărtarea unilaterală lasă posibilitatea reproducerii, dacă restul aparatului genital este sănătos. Dintre intervenţii mutilante amintim: – extirparea ovarelor (ovarectomia unilaterală sau bilaterală) – extirparea trompelor (salpingectomie unilaterală sau bilaterală) – extirparea anexelor (trompe şi ovare – anexectomie unilaterală sau bilaterală). – îndepărtarea ulterului (histerectomie) care poate fi subtotală (se păstrează colul la tinere, dacă este sănătos); totală – când se suprimă numai uterul; lărgită (Wertheim cu sacrificarea totală a uterului şi anexelor, indicată în cancerul de corp şi col uterin, uneori ca măsură preventivă în cancerul de sân).

Intervenţiile pe cale joasă vaginală sau perineală sunt diverse şi pot fi împărţite în 4 grupe:

a) operaţii restauratoare (de refacere) pentru prolaps genital şi ruptura de perineu:

– *colporafie* anterioară (refacerea peretelui anterior pentru cistocel);

– *colpoperineorafie* posterioară (pentru refacerea peretelui posterior în rectocel şi a planşeului pelvin);

– ambele tehnici atunci când există cistorectocel.

b) intervenţii mutilante:

– historectomie;

– colpectomia (suprimarea vaginului, cu imposibilitatea raporturilor sexuale);

c) chiuretajul uterin;

d) intervenţii pe vagin şi vulvă.

Asistenta medicală trebuie să cunoască tipurile de intervenţii şi calea de abordare, deoarece pregătirea pentru operaţie şi îngrijirile postoperatorii prezintă particularităţi de la caz la caz.

4. Pregătirea preoperatorie pentru intervenţiile pe cale abdominală

a) Bilanţul preoperator	– Cuprinde examinări curente, aceleaşi ca în intervenţiile abdominale: hemoleucogramă, hematocrit, grup sanguin, Rh, ureea sanguină şi glicemie, VSH, TS, TC, timp Howell, timp Quick, examen de urină, examen radiologic toracic, electrocardiogramă şi un examen al secreţiilor genitale.

	– În funcţie de vârstă şi de tarele biologice existente, medicul poate să solicite şi alte explorări: fibrinogen în sânge, colesterol în sânge. – În cazul cancerului genital, când se pune problema unei intervenţii lărgite, investigarea se face amănunţit, pentru a aprecia corespunzător starea biologică a bolnavei şi pentru a obţine informaţii cât de extinsă este boala. – Ca şi în alte intervenţii pe abdomen, alimentaţia din preziua operaţiei este uşor digerabilă, seara nu mai mănâncă, eventual primeşte o cană cu ceai, pâine prăjită şi brânză de vaci. Se face o clismă seara şi dimineaţa.
b) Îngrijirile specifice urmăresc:	– Tratarea unei eventuale infecţii cu antibiotice prescrise de medic după antibiogramă, începând cu mai multe zile înainte de intervenţie şi continuând după aceea. – Corectarea anemiei, deoarece în multe afecţiuni ginecologice sângerarea este importantă şi repetată, ceea ce predispune la complicaţii postoperatorii – şoc, tromboze. La nevoie se face transfuzie. – În cancerul de col uterin este indicat ca înainte de operaţie bolnava să facă tratament cu cobalt pentru securitatea oncologică, în scopul prevenirii diseminării bolii intra- şi postoperator.
c) Pregătirea locală	– Se face în funcţie de obiceiul secţiei, de regulă începând înainte cu o zi de operaţie. – Cu o seară înainte, se îndepărtează pilozitatea pubiană, se face baie generală, se îmbracă bolnava cu rufărie curată. – Regiunea pe care se face incizia se dezinfectează cu alcool şi se acoperă cu o compresie sterilă. – Dacă acest lucru nu a fost făcut, pregătirea se poate realiza şi în ziua intervenţiei, prin spălarea şi uscarea regiunii urmată de dezinfecţia cu alcool sau tinctură de iod. – cu ocazia pregătirii regiunii se observă dacă în vecinătatea zonei nu există puncte de foliculită, eczeme, intertrigo, deoarece sunt surse de infecţie postoperatorie. – În dimineaţa intervenţiei, se măsoară temperatura şi T.A., se îndepărtează lacul de pe unghii, este atenţionată să nu-şi dea cu ruj, explicându-i că astfel pot fi mai bine urmărite funcţiile circulatorii şi respiratorii a căror tulburare intraoperatorie se evidenţiază prin cianoza buzelor şi unghiilor. – Înainte de intrarea în sală, îşi goleşte vezica, se poate monta o sondă permanentă.

5. Pregătirea preoperatorie pentru intervențiile pe cale joasă (vaginală sau perineală)

a) Bilanțul preoperator și îngrijirile specifice	– sunt aceleași cu cele din intervențiile pe cale abdominală. – Atenție deosebită se acordă tratării secrețiilor vaginale, din care se recoltează și se face antibiograma. De asemenea, se tratează leziunile cervicale și vaginale, până la completa vindecare. – Se face spălarea repetată a cavității vaginale cu soluții antiseptice ($KMnO^4$, Cloramină, apă oxigenată, Romazulan).
b) Toaleta locală	– îndepărtarea pilozității, spălarea regiunii trebuie realizată minuțios.

6. Îngrijirea postoperatorie

Supravegherea bolnavei operate are în vedere aceleași elemente de apreciere ca și în chirurgia generală și respectiv abdominală:

a) Faciesul bolnavei	– trebuie urmărit atent, modificarea putând să ne informeze asupra unor complicații imediate; paloarea exagerată este semnul unei hemoragii interne sau a prăbușirii circulației; cianoza este semnul asfixiei; buzele uscate pot evidenția deshidratarea.
b) Temperatura	– ușor scăzută imediat după intervenție, poate să crească până la 38° în prima zi, pentru ca apoi să scadă în limite normale; – menținerea temperaturii peste 37° sau apariția febrei în zilele următoare este semn de infecție.
c) Respirația	– amplă și rară imediat după operație, datorită anesteziei, devine ușor accelerată din cauza durerii postoperatorii și a anxietății; – revine la normal după 24-36 ore. – menținerea unui ritm alert vădește o complicație pulmonară, iar respirația zgomotoasă arată o obstrucție; – mobilizarea precoce are un rol deosebit în prevenirea complicațiilor postoperatorii, de asemenea tusea asistată, tapotajul toracic, exercițiile respiratorii.
d) Pulsul	– trebuie urmărit, deoarece creșterea frecvenței și scăderea volumului sunt semnele prăbușirii circulației sau hemoragiei în primele ore;

	– în următoarele zile trebuie corelat cu valoarea temperaturii, dat fiind faptul că în intervențiile pe micul bazin complicațiile tromboembolice sunt mai frecvente; – se verifică aspectul membrelor inferioare.
e) Tensiunea arterială	– este în directă corelația cu pulsul.
f) Diureza	– nu suferă modificări importante; – prima micțiune apare de regulă după 6 ore de la intervenție; – se poate instala retenția de urină de la început, din cauza dezechilibrului vagosimpatic, sau poate să fie secundară după îndepărtarea sondei; – se evidențiază prin lipsa eliminării și apariția globului vezical. – se anunță medicul, se face sondaj vezical; – infecția vezicală favorizată de sondaj, poate fi prevenită prin respectarea condițiilor de asepsie și antisepsie și aplicând un unguent antibiotic în jurul meatului urinar.
g) Starea abdominală	– bolnava prezintă o ușoară tensiune a peretelui abdominal, chiar o hiperestezie superficială, moderată și dureri în primele 2-3 zile după operație; – combaterea balonării se face prin mobilizare precoce, prin stimularea peristaltismului; – se aplică, la nevoie, tubul de gaze care nu se va menține mai mult de 2 ore, iar dacă situația nu se rezolvă, se lasă un interval liber de (1-2 ore), timp în care circulația la nivelul mucoasei se reface, după care poate fi din nou introdus; – la indicația medicului, se administrează Miostin.
h) Restabilirea tranzitului intestinal	– este o problemă pe care asistenta medicală trebuie să o aibă permanent în atenție; – după ce trece perioada de pareză intestinală postoperatorie, bolnava începe să emită gaze, semne că peristaltismul s-a restabilit; – în mod normal, după 48-72 ore de la intervenție apare primul semn; – după reluarea tranzitului pentru gaze, alimentația poate fi mai abundentă și mai variată; – fac excepție bolnavele operate pe perineu și vagin, care trebuie să primească mai multe lichide și semilichide, să întârzie puțin eliminarea scaunului pentru a nu forța suturile.

i) Combaterea durerii	– este importantă în primele zile, deoarece durerea face să crească anxietatea, favorizează insomnia, împiedică bolnava să se odihnească (împiedică confortul); – pentru calmare și pentru asigurarea a cel puțin 8-10 ore de somn se administrează analgetice, tranchilizante și barbiturice.
j) Supravegherea pansamentului	– începe după ieșirea din sală – se urmărește imediat după intervenție să nu sângereze, iar în următoarele zile să se mențină uscat; – în cazul tubului de dren, se urmărește permeabilitatea, se notează cantitatea.
k) Reluarea alimentației	– se va face cu prudență, fără să se aplice o dietă severă; – administrarea de lichidare per os începe imediat ce au încetat vărsăturile (dacă au existat) și va consta în prima zi din ceai, apă, limonadă, zeamă de compot, aproximativ 300 ml; – a doua zi poate să primească supa strecurată alături de lichide dulci (aproximativ 1000 ml/24 h); – după apariția scaunului se adaugă brânză de vaci, iaurt, smântână, carne fiartă; – în continuare – alimentație completă, variată, vitaminizată.
l) Mobilizarea	– trebuie să se realizeze cât mai precoce, întrucât diminuează frecvența complicațiilor venoase, evită escarele de decubit și favorizează creșterea amplitudinii respiratorii; – bolnava va fi ridicată din pat a doua zi, cu atenție, dacă are tub de dren și sondă urinară; – mobilizarea se face progresiv, până când bolnava capătă încredere în forțele proprii; – vârsta înaintată sau intervenția dificilă nu constituie nici o contraindicație.

7. Prevenirea complicațiilor postoperatorii

a) Complicațiile pulmonare	– se previn prin exerciții respiratorii, imediat ce este posibil, tuse asistată și tapotaj, la nevoie, așezarea bolnavei într-o poziție adecvată.
b) Complicațiile tromboembolice	– sunt depistate la timp și sunt prevenite printr-o supraveghere atentă a membrelor inferioare, masaj ușor în sensul circulației de întoarcere; – la nevoie, conform indicațiilor medicale – tratament cu anticoagulante.

c) Infecția	– se previne la nivelul plăgii, prin pansament antiseptic; – în cazul intervențiilor pe cale vaginală se spală perineul cu soluție sterilă de câteva ori pe zi și după fiecare eliminare. – zona se menține uscată, se controlează tampoanele perineale pentru a putea urmări evoluția; asistenta să poată descrie culoarea, cantitatea și mirosul secreției drenale; – tratament cu antibiotice, la indicația medicului, mai ales atunci când a avut o infecție înaintea intervenției completează măsurile de profilaxie.
d) Externarea bolnavei	– trebuie să reprezinte un bilanț al îngrijirilor acordate, să dea prilejul asistentei să reflecteze asupra obiectivelor pe care și le-a propus și rezultatelor pe care le-a obținut; – particularități de îngrijire în perioada internării cât și de adaptare după externare prezintă bolnavele cu intervenții mutilante, în principal, histerectomia și mastectomia.

Prin funcția pe care o îndeplinesc, glandele mamare sunt strâns legate de aparatul genital, motiv pentru care intervenția făcută în cazul cancerului de sân a fost inclusă în acest capitol.

EXERCIȚIU

Stabiliți planul de îngrijire pentru următorul caz:

Doamna M.M., în vârstă de 38 ani, de profesie ospătar, s-a internat cu diagnosticul RUPTURĂ VECHE DE PERINEU, în vederea intervenției chirurgicale. La internare acuză dureri abdominale despre care afirmă că au apărut în urmă cu un an, cu intensitate redusă, pentru ca apoi să se accentueze și să se asocieze cu micțiuni frecvente, ușoară incontinență la efort. Are două nașteri, ultima cu 10 ani în urmă, când afirmă că a fost tăiată și cusută. Nu a avut probleme până la apariția durerilor. Nu suferă de alte boli. Are condiții bune de locuit, lucrează într-un restaurant, stă multă vreme în ortostatism.

Medicul a informat-o că va fi operată peste trei zile.

2. ÎNGRIJIREA BOLNAVEI CU HISTERECTOMIE

Histerectomia – îndepărtarea parțială sau totală a uterului, prin intervenție chirurgicală.

OBIECTIV GLOBAL:

– Pacienta să revină la nivelul optim de sănătate, să-și asume roluri obișnuite în familie și în comunitate după convalescență normală, scurtă, ca urmare a îndepărtării uterului, în condiții de securitate deplină.

– Pacienta să accepte să facă față imaginii sale corporale modificate.

PREZENTARE GENERALĂ

Histerectomia face parte dintre intervențiile mutilante, indicația majoră fiind tumorile maligne (cancer de col și corp uterin, cancer de ovar), fibromul uterin după vârsta de 40 ani, pentru a evita apariția cancerului de col restant. La femeile tinere, cu tumori benigne, se poate efectua histerectomie subtotală, în vederea menținerii funcției hormonale.

Îndepărtarea uterului se poate face pe cale abdominală sau vaginală, în funcție de diagnosticul chirurgical. Operația poate include colporafie și/sau posterioară pentru cistocel și/sau rectocel. Îngrijirile de nursing vor fi stabilite în funcție de situație, dar, în principal urmăresc:

– revenirea la funcția normală a organismului;

– prevenirea complicațiilor;

– reintegrarea psihosocială și familială a femeii.

Pregătirea pentru operație se face la fel ca în chirurgia abdominală la care se adaugă toaleta perineală completă și spălătura vaginală cu o soluție antiseptică, recomandată de medic.

La bolnavele cu cancer se urmărește corectarea anemiei și ameliorarea stării generale.

Pacienta va fi informată și ajutată să înțeleagă că are nevoie de spitalizare de cel puțin o săptămână, înainte de operație și de o perioadă postoperatorie, de convalescență.

Asistenta trebuie să cunoască stările sufletești prin care trece bolnava: teama de moarte, de cancer, de desfigurare, de pierdere a familiei și sexualității, teama de durere, teama de a nu mai putea avea copii, de posibilitatea întreruperii activității, de creșterea în greutate sau alte schimbări determinate de menopauza forțată. Astfel, pot fi evitate unele stări de tensiune datorită unor aspecte și suprasolicitări la care este supusă femeia.

Reacțiile și activitatea soțului, familiei și prietenilor vor afecta percepția și adaptarea psiho-socială a pacientei, ca și durata convalescenței. Trebuie respectată dorința acesteia cu privire la diagnostic, să fie păstrat secretul profesional, întrucât nu toate femeile doresc să se știe că sunt amenințate de o boală necruțătoare, că au suferit sau vor suferi o intervenție care modifică schema corporală.

Îngrijirile postoperatorii sunt aceleași ca în cazul chirurgiei generale, mai puțin complexe pentru calea vaginală.

Obiectivele specifice urmăresc, în general, ca pacienta:

– să aibă o respirație normală, să i se asigure o ventilație adecvată pentru prevenirea complicațiilor pulmonare;

– să-și păstreze funcția cardio-circulatorie la un nivel corespunzător, să aibă o bună circulație periferică;

– să-și mențină, în limite optime, balanța hidro-electrolitică;

– să elimine normal;

– să fie capabilă să accepte noua sa imagine corporală.

Cele mai multe femei sub 40 ani își pot relua activitatea normală într-o lună, alteori în două luni și se vor simți aproape ca înainte de operație.

Cele mai vârstnice, cu o condiție fizică mai precară, au nevoie de mai mult timp pentru a-și recâștiga forțele și vitalitatea.

1. Aspecte specifice, rezultate potențiale privind revenirea pacientei și acțiuni de nursing

1. Măsuri postoperatorii generale

OBIECTIV:

– Pacienta să-și păstreze funcția cardiopulmonară și balanța hidroelectrolitică la nivel optim; să fie ferită de complicațiile ce pot apărea.

– Pacienta să nu tușească, să respire adânc, să-și schimbe poziția din 2 în 2 ore.

ACȚIUNI*:

– Monitorizați și înregistrați temperatura, tensiunea arterială și pulsul (pe 1 minut).

– Observați și notați culoarea unghiilor și buzelor, a tegumentelor.

– Monitorizați și înregistrați fluidele parenterale și înregistrați intrările și ieșirile.

– Administrați antibiotice, vitamine și minerale, sedative și analgezice conform prescripțiilor, observați reacțiile.

– Administrați alimente și lichide cât tolerează, când nu mai este necesară perfuzia și peristaltismul s-a reluat.

– Așezați pacienta în poziția Fowler sau în decubit dorsal, pentru a preveni presiunea intraabdominală crescută. Puneți-i un brâu abdominal pentru sprijin și confort suplimentar; puneți pacienta să facă exerciții pasive și active cu membrele inferioare cel puțin din 4 în 4 ore; șederea la marginea patului și deplasarea progresivă se vor face mai curând, cu permisiunea medicului pentru prevenirea complicațiilor tromboembolice.

2. Supravegherea eliminărilor

OBIECTIV:

– Pacienta să-și mențină un aport de lichide adecvat și o eliminare normală.

ACȚIUNI:

– Verificați permeabilitatea sondei urinare și evitați cudarea.

– Preveniți infecția urinară prin manevre sterile.

– După îndepărtarea sondei, verificați golirea vezicii din 4 în 4 ore; anunțați medicul dacă nu elimină 6 ore în condițiile unui aport de lichide adecvat; observați semnele de infecție.

– Dacă a fost operat și un rectocel, se prescrie o dietă lichidă pentru a întârzia prima defecație; apoi laxative și clisme uleioase cu scopul defecației fără efort.

---

* La acțiuni s-a folosit forma imperativă pe care am considerat-o mobilizatoare pentru cursanți și cei care îngrijesc bolnavii.

3. Îngrijirea plăgii și perineului

OBIECTIV:
– Pacienta să se vindece cu minimum de disconfort și fără infecție.
ACȚIUNI:
– Curățați (spălați) perineul cu soluție sterilă de 2 ori pe zi și după fiecare eliminare, mențineți zona uscată pentru a grăbi vindecarea.
– Efectuați băi parțiale după ce firele de sutură au fost scoase, cu scop igienic și de confort.
– În caz de histerectomie vaginală încurajați pacienta să facă duș imediat ce starea îi permite.
– Controlați tampoanele perineale pentru a observa culoarea, cantitatea, și mirosul secreției eliminate.
– În caz de histerectomie pe cale abdominală, supravegheați și schimbați pansamentul.

4. Adaptarea psiho-socială

OBIECTIV:
– Pacienta să se adapteze traumei determinată de operație și imaginii sale corporale modificate, să prezinte încredere în sine și în cei din jur pentru a face față situației.

ACȚIUNI:
– Convingeți pacienta și ajutați-o să înțeleagă că depresia, îngrijorarea, sentimentul de neputință și alte manifestări neobișnuite sunt normale și de așteptat.
– Ajutați familia și prietenii să priceapă că are nevoie să fie înțeleasă, deci să se comporte cu pacienta absolut normal.
– Sugerați-le să o sprijine să-și păstreze puterea de atracție, să fie ea însăși.
– Rezervați-vă timp pentru a discuta cu bolnava în legătură cu sentimentele și planul de viitor.
– Încurajați pacienta să-și exprime temerile, să-și împărtășească grijile soțului sau altor persoane apropiate.
– Ascultați cu atenție exprimarea percepției funcției sexuale de către pacientă. Discutați cu pacienta despre posibilul impact al intervenției chirurgicale asupra vieții intime.

5. Plan de externare și obiective educaționale. Rezultate.

OBIECTIV:
– Pacienta să știe să se integreze în familie și comunitate cu noua sa imagine corporală, să-și asume roluri specifice cât mai curând posibil.

EVALUARE REZULTATE
1. Pacienta, familia alte persoane semnificative știu în ce a constat intervenția chirurgicală și la ce schimbări să se aștepte (menopauză), cunosc efectele terapiei

hormonale, acceptă că slăbiciunea, oboseala, iritabilitatea și plânsul sunt obișnuite în timpul convalescenței.

2. Știe să evite relațiile sexuale, ridicarea greutăților, conducerea autoturismului sau șederea prelungită în mașină, alte eforturi, până la aprobarea medicului (4-8 săptămâni).

3. Înțelege și acceptă că starea de convalescență include băi parțiale, laxative și medicamente în caz de disconfort, odihnă, dietă echilibrată, eventual folosirea unui portjartier.

4. Știe că pătarea și schimbarea tamponului perineal de 2 ori/zi este normal, dar că trebuie să raporteze medicului sângerarea, cantitatea crescută de secreții sau secreții urât mirositoare.

5. Știe că pentru unele femei ar putea fi necesare 9 săptămâni – 3 luni pentru a se simți din nou ele însele, revenirea depinzând de o serie de factori (condiție fizică, atitudine față de boală, mentalitate, vârstă, atitudinea familiei și prietenilor).

Pacienta cu histerectomie – caz concret

Doamna P.I., 34 ani este internată în spital cu diagnosticul medical: cancer de col uterin std. II/III.

Afirmă că pierde sânge de aproximativ 7 zile, acuză dureri în etajul inferior al abdomenului, stare de oboseală.

Este căsătorită, are trei copii de vârstă școlară, locuiește împreună cu familia într-un apartament cu trei camere. Are trei nașteri, 7 chiuretaje, nu folosește contraceptive, deși nu mai dorește copii. Este casnică, fumează 10 țigări pe zi.

Doamna P.I., este palidă, afirmă că pierde sânge în cantitate moderată și acuză o jenă permanentă, ca și cum ar trebui să elimine scaunul. Este foarte anxioasă, nu se poate odihni, este mereu tristă, închisă în ea, comunică greu, este preocupată de operație și de faptul că veniturile familiei sunt mici (numai salariul soțului).

Are aspect îngrijit, aude și vede bine. Nu a avut alte afecțiuni, a fost internată numai când a născut și perioade foarte scurte pentru chiuretaje.

Este preocupată de copii nu i-a lăsat niciodată mai mult timp singuri, acum sunt în grija unei cumnate și a unei vecine, soțul lipsește mult de acasă datorită serviciului.

Doamna P.I. nu are prea multe cunoștințe despre operație și – cu toate că medicii au încurajat-o – se teme de reacția soțului, de boala în sine, de scăderea capacității de muncă.

Complicații posibile în perioada postoperatorie

– hemoragie vaginală (în urma îndepărtării pansamentului)
– Retenție urinară (în urma îndepărtării sondei)
– Apariția fistulei
– Tromboza venelor profunde
– Traumatisme ale ureterelor, vezicii, rectului

Diagnostice de nursing posibile

1. Potenţiale infecţii datorate intervenţiei chirurgicale şi prezenţei sondei urinare.
2. Posibilitatea dereglării imaginii de sine, datorită pierderii unei părţi a corpului (uterul).
3. Posibilitatea alterării comportamentului sexual, datorită importanţei acordate pierderii uterului şi implicaţiile acestei pierderi asupra modului de viaţă.
4. Deplângerea părţii pierdute a corpului, pierderea feminităţii (a posibilităţii de a mai avea copii)
5. Potenţială alterare a stării de sănătate (disconfort), datorită insuficientelor cunoştinţe despre:
   - pregătirea preoperatorie
   - îngrijirile plăgii operatorii
   - semnele complicaţiilor
   - restricţia unor activităţi
   - imposibilitatea desfăşurării activităţilor zilnice
   - pierderea menstruaţiei şi instalarea menopauzei artificiale
   - dispensarizare

3. GHID PENTRU PLAN DE ÎNGRIJIRE A BOLNAVEI CU HISTERECTOMIE

OBIECTIV GLOBAL: Pacienta să revină la nivelul său optim de sănătate și să-și asigure roluri obișnuite în familie, în comunitate, după o convalescență scurtă; să accepte și să facă față noii imagini corporale alterate.

DIAGNOSTIC DE NURSING (PROBLEMĂ)	OBIECTIVE	INTERVENȚII (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR
1. Deficit de cunoștințe privind perioada preoperatorie	Pacienta să fie informată despre procedurile preoperatorii	– Observarea reacției pacientei privind intervenția chirurgicală și pregătirile preoperatorii. – Clasificarea oricăror neînțelegeri legate de consecințele operației, de întreruperea vieții sexuale. – Bolnava va fi informată că după intervenție va intra în menopauză artificială. – Acordăm timp bolnavei pentru a pune întrebări legate de viața în cuplu, să-și exprime temerile. – Susținerea morală a pacientei și a partenerului ei, a membrilor familiei.	Teama și preocuparea pacientei privind întrebările fără răspuns vor afecta recuperarea psihică a bolnavei, vor influența evoluția post-operatorie.
2. Posibilă alterare a ritmului cardiac din cauza sângerării	Pacienta să-și poată controla pierderile de sânge determinate de operație	– Se măsoară funcțiile vitale din 4 în 4 ore. – Se verifică tampoanele (torșoanele) vaginale din 4 în 4 ore. – Se recoltează sânge pentru hemoglobină, hematocrit spre a depista anemia. – Se observă faciesul, tegumentele, unghiile.	Pierderile de sânge diminuează volumul circulator în intervențiile lărgite, sângerarea este apreciabilă prin lezarea plexurilor venoase pelviene.

1	2	3	4
3. Posibila alterare a irigării țesuturilor periferice datorită repausului la pat, tromboflebite.	Pacienta să știe cum să prevină semnele de tromboflebită	– Se observă membrele inferioare la nivelul molatului (apariția de zone roșii, temperatură locală ridicată, indurația de-a lungul venei, dureri severe). – Se observă eventuala discordanță între temperatură și puls.	Manipularea și traumatizarea vaselor sanguine pelvine în timpul operației predispune pacienta la tromboflebite. Durerile postoperatorii inhibă activitățile normale și măresc riscul tromboflebitei.
4. Durerea legată de incizia abdominală, vaginală. Stare de disconfort.	Pacienta să învețe să-și controleze durerea	– Informații despre modul de producere a durerii, despre medicamentele antialgice, despre ritm de administrare, efect. – Observarea durerii preoperatorii la 1-2 ore după administrarea medicamentelor. – Administrarea de analgezice înainte de mobilizare. – Învățarea pacientului să-și comprime cu palma plaga operatorie atunci când tușește și când își schimbă poziția în pat.	Accentuarea durerii face pacienta să nu fie capabilă să se ridice din pat; – reduce volumul respirator; – dă complicații de imobilizare. Calmarea durerii este importantă pentru a ajuta pacienta să coboare din pat cât mai repede, evitând complicațiile
5. Deficit de cunoștințe despre autoîngrijirea după externare.	Pacienta să înțeleagă toate restricțiile, dieta, controlul durerii și limitarea activității sexuale	– Să educe pacienta și familia. – Contactul sexual va fi permis după 4-8 săptămâni.	Pentru recuperarea completă și prevenirea complicațiilor,

1	2	3	4
		– Este limitat efortul fizic, nu urcă pe scări 1-2 săptămâni, apoi se acomodează treptat, până ajunge la normal. – Se limitează munca grea în gospodărie, nu ridică obiecte grele 4 săptămâni (obiectele care nu pot fi ridicate cu o singură mână sunt considerate grele) – Se administrează 2000 ml lichide/zi – Consumă un regim alimentar bogat în proteine. – Se anunță medicul dacă refacerea este lentă, dacă are febră. – Se administrează analgezice pentru calmarea și controlul durerii.	femeia care a suferit o histerectomie trebuie să știe la ce schimbări să se aștepte, de ce îngrijiri va avea nevoie când merge acasă.
6. Perturbarea imaginii corporale după intervenție, evidențiată prin percepția propriei persoane ca fiind lipsită de feminitate, datorită pierderii uterului.	Pacienta dovedește că s-a adaptat la imaginea corporală modificată prin absența plânsului, a iritării, a dificultăților psihice privind discuțiile despre intervenție (pierderea uterului)	– Discuții de încurajare ca și cum nimic nu s-ar fi întâmplat. – Familia, prietenii să înțeleagă nevoia femeii de a-i simți alături, de a fi sigură de iubirea lor. – Sprijinirea femeii să-și mențină puterea de atracție. – Dacă soțul știe, cum au fost împărțite temerile.	Histerectomia este o operație mutilantă, însoțită de tulburări emoționale mai ales la tinere: preocuparea pentru sterilitate, pierderea atracției sexuale, și – indiferent

1	2	3	4
		– Cum crede acesta că va fi afectată soţia de operaţie? – Împărtăşirea sentimentelor de teamă, de nesiguranţă persoanelor semnificative din anturaj.	de vârsta pacientei – teama de cancer, în final, de moarte.

CAPITOLUL IX

PACIENTA CU MASTECTOMIE

Mastectomia reprezintă extirparea unui sân. Poate fi simplă (numai sânul) sau radicală (sânul împreună cu ganglionii limfatici din țesuturile înconjurătoare).

OBIECTIV GLOBAL:

Pacienta va reveni la nivelul său optim de sănătate și își va relua rolul obișnuit în familie, în societate, încercând să se obișnuiască cu noua sa imagine corporală și cu pierderea sânului, va manifesta optimism și încredere în sine, dorința de a trăi din nou din plin.

1. PREZENTARE GENERALĂ

În afara perioadei de sarcină și, mai ales, de alăptare, când la sân se pot produce o serie de inflamații, în general dureroase, dar care se vindecă rapid prin tratamente medicamentoase sau chirurgicale, afecțiunile glandelor mamare se manifestă, în majoritatea cazurilor prin apariția de nodozități sau chiar tumori cu evoluție lentă, dar pentru faptul că sunt de obicei nedureroase nu atrag atenția asupra lor.

Frecvența nodozităților, a tumorilor se face simțită începând cu vârsta de 30 ani, atinge maximum între 40-60 ani, pentru ca apoi să scadă.

Pericolul cel mai mare îl reprezintă tumorile maligne, care la început nu se deosebesc de tumorile benigne, fiind nedureroase.

Cadrele medii sanitare, prin munca de educație pentru sănătate desfășurată mai ales în rândul femeilor, au un rol deosebit în depistarea tumorilor.

Fiecare femeie trebuie să cunoască câteva noțiuni deosebit de importante:

– boala apare cu precădere între 40 și 60 ani, dar practic poate surveni la orice vârstă;

– cu cât tumoarea este depistată mai devreme, cu atât sursele de vindecare sunt mai mari;

– autopalparea sistematică poate depista boala în faze incipiente, încât vindecarea să poată fi posibilă;

– amânarea prezentării la medic scade șansele vindecării.

De asemenea, este necesar să fie cunoscute semnele de alarmă:

– prezența unei tumori la nivelul sânului, de obicei nedureroasă;

– apariția unei secreții prin mamelon, mai ales dacă este sanguinolentă și într-o singură parte;

– modificarea conturului sânului, retracția pielii sau a mamelonului, aspect de „coajă de portocală“;

– prezența unui nodul în axilă.

Aceste semne nu sunt evidente de la început, de aceea trebuie căutate atent și sistematic, periodic după o anumită tehnică.

Intervalul optim dintre două examinări este de o lună, în special după ciclu.

Asistenta medicală trebuie să instruiască femeia cum se face autoexaminarea:

– Femeia se așază în picioare în fața oglinzii, și se începe prin vizualizarea din față a sânilor și din profil.

– Se poate observa la primul examen o ușoară asimetrie sau diferența de dimensiune, fără nici o semnificație patologică.

– Se observă dacă nu există o bombare sau o retracție a pielii. Se exercită o ușoară presiune în jurul mamelonului (manevră asemănătoare mulgerii), pentru a provoca o eventuală secreție neobservată.

– Se face palparea propriu-zisă, totdeauna cu mâna opusă sânului examinat. Sânul privit în oglindă să fie asemănat cu cadrul unui ceasornic împărțit în felii corespunzătoare fiecărei ore. Fiecare felie va fi examinată cu atenție, apăsând blând cu suprafața degetelor (nu cu vârful), de la mamelon spre marginea sânului, începându-se cu felia corespunzătoare orei 12,00 (Fig. 1).

– După ce întregul sân a fost palpat cu atenție, se examinează axila și apoi se trece la sânul opus în aceeași ordine.

– Dacă sânul e mai mare, va fi susținut cu mâna de aceeași parte (Fig. 2).

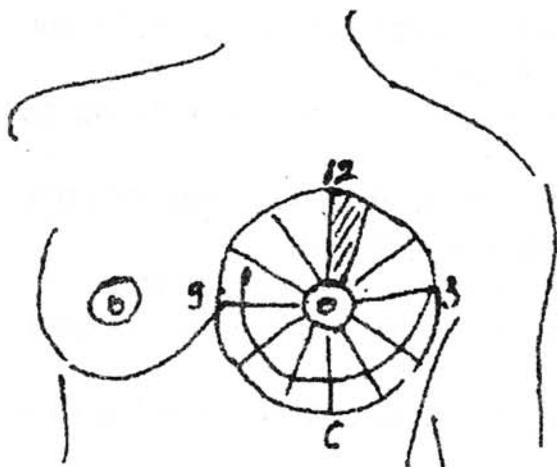


Fig. 1


Fig. 2

Metoda autopalpării reprezintă în prezent, singura modalitate prin care tumorile maligne pot fi descoperite timpuriu, când tratamentul este eficace și uneori nemutilant.

Prezentarea la medic este obligatorie pentru examinări suplimentare (mamografie, biopsie), pentru stabilirea diagnosticului şi posibilă mastectomie, urmată cu metastaze prin terapie cu raze, chimioterapie şi terapie hormonală.

Pregătirea preoperatorie

Pacienta trebuie să fie informată asupra operaţiei şi să obţină datele necesare privitoare la perioada de spitalizare, îndepărtarea sânului, eventualele efecte postoperatorii. Asistenta va fi mereu aproape de pacientă, pentru a o încuraja să-şi exteriozeze sentimentele, să-şi exprime temerile, îi prezintă cazuri de femei operate a căror evoluţie a fost foarte bună. Familia va fi pregătită să rămână alături de bolnavă în această perioadă de temeri, să-i înţeleagă sentimentele şi frământările. Dacă histerectomia este o modificare internă pe care, poate uneori o ştiu numai pacienta şi persoanele foarte apropiate ei, îndepărtarea sânului modifică imaginea corporală la exterior, femeia îşi va aminti permanent că şi-a pierdut o parte din corp, se va gândi că este desfigurată şi că aceasta va influenţa neplăcut partenerul de viaţă.

Plânsul, iritabilitatea, introvertirea temporară sunt manifestări normale, femeia va alege viaţa, dar pentru aceasta are nevoie de ajutor.

Pacienta va fi învăţată cum să respire după intervenţie, se vor face exerciţii pentru că bandajul şi durerea reduc amplitudinea mişcărilor.

ÎNGRIJIREA POSTOPERATORIE – urmăreşte:
- restabilirea funcţiilor cardio-respiratorii şi renale, prevenirea complicaţiilor;
- asigurarea odihnei şi confortului;
- îngrijirea plăgii;
- recuperarea funcţionalităţii braţului;
- adaptarea psiho-socială;
- pregătirea pacientei pentru externare.

Aspecte specifice. Rezultate potenţiale privind revenirea pacientei şi acţiuni de nursing

1. Măsuri postoperatorii generale

OBIECTIVE:

– Pacienta îşi va relua funcţiile cardio-respiratorii şi renală, va fi menţinut echilibrul hidroelectrolitic; va încerca să prevină complicaţiile.

ACŢIUNI:
- urmăriţi funcţiile vitale şi sesizaţi orice modificare;
- administraţi antibiotice, vitaminele minerale necesare, sedative conform prescripţiei; se vor observa şi raporta eventualele reacţii;

– se vor consuma lichide și alimente în măsura în care sunt tolerate de restabilirea peristaltismului.

2. Asigurarea odihnei și confortului

OBIECTIV:

– Durerea și disconfortul pacientei se vor reduce treptat; va încerca să se miște prevenind astfel imobilitatea, va respira normal și va elimina secrețiile bronșice.

ACȚIUNI:

– Așezați pacienta în poziție de decubit dorsal sau semișezând; vor fi folosite perne și prosoape pentru a ține cotul mai sus decât umărul, mâna mai sus decât cotul, încheieturile relaxate, în poziția funcțională;

– când se vor efectua mișcări cu brațul afectat acesta va fi sprijinit cu mâna opusă; în timpul tusei, se va duce mâna la partea afectată;

– administrați medicamente pentru calmarea durerii; pacienta să știe că va avea dureri în zona inciziei operatorii aproximativ o săptămână sau două, iar unele pot avea dureri intermitente câteva săptămâni;

– se vor executa exerciții active și pasive ale membrelor inferioare pentru a preveni complicațiile circulatorii.

3. Pansarea plăgii operatorii

OBIECTIV:

– Operația (tăietura) pacientei se va vindeca fără a se infecta și fără sângerare; pacienta va asista, gradat, la schimbarea pansamentului, până va învăța să-și facă singură pansamentul.

ACȚIUNI:

– Verificați dacă plaga sângerează și anunțați medicul;

– verificați pulsul;

– pacienta va fi învățată să-și accepte și să-și privească operația; va fi învățată să-și descopere și să anunțe medicului semnele de infecție.

4. Exerciții ale bolnavului

OBIECTIV:

– Brațul pacientei își va relua toate mișcările și întreaga capacitate funcțională; vor fi controlate contractura, pierderea funcționalității și anchilozarea, se va păstra tonusul muscular.

ACȚIUNI:

– În primele zile arătați pacientei toate mișcările necesare reluării funcțiilor brațului, furnizați toate datele necesare, încurajați-o și răspundeți la întrebări.

5. Adaptarea psiho-socială

OBIECTIV:

– Pacienta se va adapta efectiv traumei chirurgicale, la pierderea sânului şi imaginea modificată a schemei corporale, la diagnosticul de cancer; îşi va exprima în mod deschis sentimentele şi, cu timpul, va deveni mai încrezătoare şi mai cooperantă.

ACŢIUNI:

– rezervaţi-vă timp pentru discuţii cu bolnava; rămâneţi lângă ea chiar şi atunci când nu pare dispusă să vorbească;

– lăsaţi-o să plângă şi chiar ajutaţi-o să înţeleagă că plânsul uşurează, că starea de deprimare şi visele ameninţătoare vor trece;

– discutaţi despre adaptarea în familie şi societate, încurajaţi-o să se îngrijească şi să redevină atractivă, asiguraţi-o că feminitatea şi sexualitatea nu vor fi afectate de noua înfăţişare;

– ajutaţi-o să accepte şi să înţeleagă că e de datoria ei să depisteze precoce apariţia cancerului la celălalt sân;

– accentuaţi aspectele pozitive cu privire la puterea şi resursele pacientei; identificaţi şi întreţineţi dorinţa ei de a trăi din plin cât mai mult timp posibil;

– evaluaţi starea emoţională, observaţi semnele insomniei, izolării, depresiei, anxietăţii severe.

6. Plan de externare şi obiective după ieşirea din spital. Rezultate.

OBIECTIV:

– Pacienta să se integreze în familie şi comunitate cu noua sa imagine corporală, să-şi asume roluri specifice.

REZULTATE:

1. Familia ştie că este necesar ca pacienta să facă, în continuare, exerciţii pentru braţ, timp de 4-6 luni.
2. Operata ştie să-şi autoexamineze sânul rămas şi să depisteze semnele unei eventuale tumori.
3. Ştie să îngrijească zona operată, să-şi efectueze bandajul; să-şi descopere semnele infecţiei (roşeaţă, febră, edeme) şi să le raporteze imediat medicului.
4. Ştie că epuizarea psihică şi fizică este legată de stres şi va dura câteva săptămâni; să reia treptat vizitele la prieteni, rude.
5. Ştie să prevină edemul braţului, să doarmă sau să stea cu braţul ridicat; să-şi păstreze pielea curată, să folosească pudra de talc; să nu poarte brăţări strânse, să folosească mănuşi la activităţile gospodăreşti, să evite căldura excesivă şi frigul.

2. GHID PENTRU ÎNTOCMIREA PLANULUI DE ÎNGRIJIRE A BOLNAVEI CU MASTECTOMIE

OBIECTIV GLOBAL (Pe termen lung):

Pacienta va reveni la nivelul său optim de sănătate, își va relua rolul obișnuit în familie și societate, încercând să se obișnuiască cu imaginea corporală nouă și cu pierderea sânului; va manifesta optimism și încredere.

PROBLEMA	OBIECTIVE	INTERVENȚII-ACȚIUNI DE NURSING	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR
1. Anxietate, teama de desfigurare, de cancer și moarte	Pacienta să fie informată asupra operației, a eventualelor efecte postoperatorii; – să-și exprime temerile; – să discute deschis;	– Încurajarea pacientei și familiei să discute despre teama și anxietatea ei cu privire la operație și diagnostic; – susținerea morală a pacientei și familiei, prezentarea unor cazuri operate cu evoluție bună; – familia va fi încurajată să fie permanent alături de bolnavă; – pacienta va fi ajutată să-și alunge ideile iraționale produse de anxietate; – pacienta va fi informată asupra operației, localizarea inciziei; – informarea cu privire la durata internării, durerea postoperatorie; – informare cu privire la procurarea unei eventuale proteze pentru mascarea infirmității apărute.	– Teama de desfigurare adâncește starea de anxietate; – pacienta lăsată să înfrunte singură suferința se va izola; depresia se va accentua și perioada de convalescență va fi probabil mult prelungită
2. Posibilă alterare a ritmului și frecvenței	Pacienta își va relua funcțiile cardio-respi-	– Se măsoară funcțiile vitale la 4 ore; – se controlează plaga să nu sângereze;	

1	2	3	4
respiratorii și circulatorii, posibil dezechilibru hidroelectrolitic.	ratorie și renală, își va menține echilibrul hidroelectrolitic la nivel optim.	– se obervă faciesul, tegumentele; – se vor administra lichidele recomandate de medic prin perfuzie și, apoi, pe cale orală, imediat ce starea permite, ce peristaltismul s-a reluat; – se măsoară aportul și pierderea de lichide; se urmărește drenul, se măsoară cantitatea de lichid drenat, culoarea. – sângerarea interoperatorie este importantă și, de aceea, funcția circulatorie poate fi modificată.	
3. Alterarea confortului datorită durerii și traumei postoperatorii.	Pacienta își va controla durerea și disconfortul se va reduce treptat.	– Așezarea bolnavei în poziție de decubit dorsal sau cu toracele ușor ridicat; cotul se sprijină pe perne mai sus decât umărul, mâna mai sus decât cotul, relaxată; – efectuarea mișcărilor cu brațul operat, cât mai curând posibil; – se va controla contractura mușchilor bolnavei, prezența tonusului, a sensibilității; – ridicarea din pat a doua zi după intervenție; – observarea plăgii pentru a sesiza apariția sângerării, infecției, hematomului; – administrarea medicamentelor antialgice, mai ales înainte de mobilizare și de apariția durerii (nu se fac injecții în brațul afectat); – efectuarea exercițiilor respiratorii și eliminarea secrețiilor bronșice.	– Bolnava trebuie să fie relaxată, să stea într-o poziție care să-i permită respirația, funcție influențată de durere și sutura chirurgicală; – calmarea durerii dă curaj bolnavei în toate mișcările pe care le face, prezența durerii crește anxietatea; – apariția complicațiilor accentuează efectul traumei operatorii; – poziția brațului previne edemul.

1	2	3	4
4. Alterarea posibilă a stării psihice din cauza pierderii sânului (și a imposibilității de a avea copii, a modificării comportamentului sexual).	Pacienta își exprimă sentimentele de utilitate și încredere, este capabilă să discute deschis despre operația suferită.	– Discuții repetate cu bolnava despre adaptarea în familie, rezervarea unui timp mai lung pentru a sta cu bolnava; – încurajarea comportamentului pozitiv al bolnavei; – antrenarea familiei în susținerea bolnavei; – pacienta va fi ajutată să-și privească operația și să se adapteze la noua sa imagine corporală.	– Bolnava rămasă singură se gândește mult la boală și diagnostic; – femeia este foarte preocupată de imaginea sa corporală și de reacția partenerului de viață în momentele intime.



CAPITOLUL X

ASPECTE GENERALE ȘI PARTICULARE ÎN SUPRAVEGHEREA SARCINII

OBIECTIVE:

La sfârșitul capitolului eleva asistentă trebuie să fie capabilă să:

– descrie și să identifice modificările organismului matern pentru a ajuta gravida să înțeleagă inofensivitatea unor manifestări determinate de sarcină

– știe să observe și să evalueze evoluția sarcinii

– știe semnele sarcinii în raport de vârstă pentru a putea interpreta corect datele culese

– cunoască obiectivele consultației prenatale și să conștientizeze gravidele asupra importanței supravegherii medico-sanitare

– evalueze permanent starea gravidei în raport cu apariția unor semne, să identifice problemele

– cunoască explorările paraclinice pentru a putea pregăti gravida în vederea realizării și obținerii colaborării

– identifice cauzele și semnele suferinței fetale, pentru a stabili măsuri concrete de îngrijire

– cunoască grupurile de gravide cu risc obstetrical pentru a putea interveni, dar și pentru a obține date cât mai complete

– știe să interpreteze datele culese, să stabilească acțiuni aplicate, să identifice probleme de îngrijire.

VOCABULAR

1. Amniocenteză
2. Amnioscopie
3. Apoplexie utero-placentară
4. Celiscopie
5. Cloasmă
6. Colostru
7. Distocie
8. Echografie
9. Gestoză
10. Hemoroizi
11. Libidou
12. Mamelon ombilicat
13. Preeclampsie
14. Pregnandiol
15. Ptialism
16. Radiopelvimetrie
17. Sialoree
18. Toxemie
19. Travaliu
20. Varice
21. Vergeturi

1. MODIFICĂRILE ORGANISMULUI ÎN TIMPUL SARCINII

Sarcina este un eveniment fiziologic deosebit în viața femeii, reprezintă o împlinire a menirii acesteia, aceea de a procrea. Se însoțește, însă, de o serie de modificări determinate de necesitatea adaptării la noua situație, impusă de dezvoltarea fătului.

Pentru ca sarcina să se dezvolte normal, să se nască un copil sănătos este necesară o bună colaborare între gravidă și asistenta medicală, comunicarea făcându-se în ambele sensuri: prima să furnizeze permanent informații despre starea sa și să-și formeze anumite comportamente, a doua să știe să selecteze informațiile, să desprindă problemele, pe care să le rezolve împreună cu femeia și la nevoie cu medicul.

Explicațiile și sfaturile nu vor putea fi recepționate de viitoarea mamă decât dacă asistenta va ști să se facă înțeleasă, va dovedi o bună pregătire, va găsi răspuns la toate întrebările, va ști să deosebească aspectul normal de cel patologic.

1. Modificările organelor genitale

Uterul	– *înălțimea* crește de la 7-8 cm la 34 cm; – *greutatea* crește de la 50 gr. la 1000-1500 gr; – *capacitatea* crește de la 5-6 ml la 4000-5000 ml, iar în cazuri patologice la 10 l; – *forma* – asemănătoare cu o pară în primele luni; – sferică în lunile III-V; – ovoid în lunile VI-IX; – *situația* – în primele 6 săptămâni este organ intrapelvin, pentru ca apoi să se aprecieze mărimea în funcție de simfiza pubiană, ombilic sau apendice xifoid; – *direcția* – depinde de vârsta sarcinii, de poziția femeii și de starea peretelui abdominal (primipară sau multipară); – de obicei este înclinat spre dreapta, unde cavitatea abdominală este mai spațioasă; – *consistența* – se schimbă, la început se ramolește datorită imbibiției gravidice și vascularizației, apoi devine elastică; – *mușchiul uterin* – suferă modificări histologice importante (demonstrate de creșterea greutății) și fiziologice caracterizate prin sensibilitate, excitabilitate, contractibilitate, extensibilitate și retractibilitate.
colul uterin	– se hipertrofiază, se ramolește permițând dilatarea la naștere

vaginul	– este mai bine vascularizat (culoarea albăstrui violacee), mucoasa se descumează abundent, dând naştere unei secreţii în cantitate mai mare, albă grunjoasă;

2. Modificările glandei mamare

Subiective **Obiective**	– senzaţia de greutate, chiar dureri şi înţepături; – creşterea în volum, uneori în partea inferioară apar vergeturi ale pielii care mai târziu devin sidefii; – mamelonul se măreşte, devine turgescent, capătă o coloraţie brună închisă; – areola primară se măreşte, se bombează ca o sticlă de ceasornic şi se pigmentează brun închis; – pe suprafaţa areolei apar mici ridicături de mărimea unui bob de mei – tuberculii Montgomery; – la sfârşitul lunii a II-a apăsând va ieşi o mică picătură de lichid transparent, lipicios, numit colostru; – la sfârşitul sarcinii, din cauza circulaţiei abundente, venele superficiale se dilată formând reţeaua Haller.

3. Modificări din partea altor aparate şi organe

Aparatul digestiv	– pot apărea greţuri şi vărsături matinale; – se produc tulburări de tranzit intestinal; – în a doua jumătate a sarcinii dinţii îşi pierd din consistenţă, se rup uşor, se cariază; – ficatul are o activitate sporită deoarece trebuie să transforme nu numai substanţele necesare organismului matern ci şi pe cele necesare creşterii fătului; pe de altă parte trebuie să transforme şi substanţele toxice venite de la făt;
Aparatul cardio-vascular	– inima face eforturi mari datorită creşterii volumului circulant şi creşterii necesităţilor organismului legate de evoluţia sarcinii; – tensiunea arterială nu se modifică la gravidele sănătoase; – venele se dilată, mai ales la multipare; – uterul gravid exercită compresiune, împiedicând circulaţia de întoarcere şi favorizează apariţia varicelor la membrele inferioare şi organele genitale externe; – cantitatea de sânge la sfârşitul sarcinii creşte cu aproape 21%, creşte uşor numărul de leucocite, timpul de sângerare – timpul de coagulare, creşte VSH-ul;

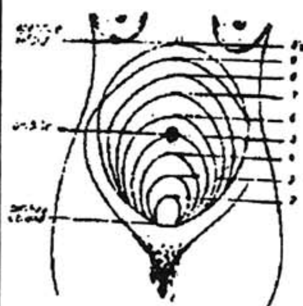
Aparatul urinar	– rinichii sunt supuşi unei munci suplimentare, deoarece trebuie să elimine atât substanţele provenite de la mamă cât şi cele de la făt; – sunt puţin măriţi, au circulaţia mai activă; – din cauza apăsării pe vezică, micţiunile sunt mai dese; – în 25 – 40% din cazuri, spre sfârşitul sarcinii se constată o uşoară albuminurie;
Aparatul respirator	– în ultimele luni de sarcină, uterul împinge în sus ficatul şi diafragmul, jenând funcţia respiratorie şi determinând o uşoară creştere a frecvenţei; – în sarcina gemelară, în excesul de lichid amniotic, numărul respiraţiilor creşte mai mult;
Sistemul neuroendocrin	– sarcina creează în organism o nouă stare de echilibru care are la bază stimulii plecaţi de la uter şi ou; – se consideră că în primul trimestru ar exista o diminuare a activităţii cortexului şi o creştere a excitabilităţii subcortexului; – creşte tonusul vagal ceea ce explică apariţia greţurilor, vărsăturilor, salivaţiei; tot de origine vegetativă este pervertirea gustului şi mirosului; – glandele endocrine suferă modificări; – creşte secreţia de glucocorticoizi şi mineral corticoizi; – tiroida este hiperactivă, creşte metabolismul bazal; – paratiroidele trebuie să facă faţă metabolismului crescut; – corpul galben de sarcină este sursa principală a secreţiei de foliculină şi progesteron în primele 3 luni de sarcină, apoi funcţia este preluată de placentă care secretă, pe lângă cei doi hormoni, şi somatotropină.
Schimburile minerale	– există o reţinere de clorură de sodiu care realizează imbibiţia gravidică; – cantitatea de calciu scade uşor;
Ligamentele şi cartilajele	– datorită imbibiţiei se produce o relaxare a fibrocartilajelor articulare, a ligamentelor articulaţiei bazinului şi a membrelor sinoviale; cea mai importantă relaxare se produce la nivelul simfizei pubiene, pot apărea dureri;
Modificări cutanale	– pigmentarea liniei albe abdominale, areole şi mameloane; – masca sau cloasma gravidică este pigmentarea brună a feţei, mai ales pe frunte, buza superioară, nas şi pomeţii obrazului.

2. SEMNELE DE SARCINĂ

A. Semnele din prima jumătate

Semne subiective	– data ultimei menstruații; amenoreea are importanță la femeia sănătoasă cu ciclu regulat; poate avea și alte cauze; – tulburări digestive: greața, vărsăturile, inapetența, constipația, balonarea – nu sunt specifice;
Semne obiective	– la unele gravide apar pofte alimentare capricioase: acrituri, condimente, uneori cretă, pământ; – tulburări nervoase: iritabilitate, somnolență; – creșterea sânilor; – pigmentația brună; – la palparea abdominală se evidențiază creșterea uterului: la sfârșitul lunii a II-a fundul uterin depășește puțin simfiza pubiană la sfârșitul lunii a III-a este aproape la jumătatea distanței dintre ombilic și simfiză; în luna a IV-a la două laturi de deget sub ombilic; în luna a V-a la ombilic; – la tactul vaginal se apreciază volumul și consistența uterului, înmuierea la nivelul inserției oului și întărirea trecătoare (contracția) ca semn al excitabilității;

B. Semnele din a II-a jumătate

Semnele subiective **Semnele obiective** 	*Interogatoriu:* data ultimei menstruații, dispariția grețurilor și vărsăturilor, primele mișcări fetale: la 4 luni pentru primipare și la 4 luni jumătate pentru multipare; – *Abdomen mărit de volum*, ovoid, cu linia albă pigmentată; – *La palpare* se apreciază înălțimea fundului uterin: luna a VI-a la 2-3 laturi de deget deasupra ombilicului; la sfârșitul lunii a VII-a la jumătatea distanței dintre ombilic și apendicele xifoid; la sfârșitul lunii a VIII-a cu 2-3 laturi de deget sub apendicele xifoid; la 8 luni și jumătate se găsește la apendicele xifoid, pentru ca apoi să coboare cu câțiva centrimetri; – *Tactul vaginal* evidențiază un col înmuiat, mișcări active ale fătului, balotare abdominală; – *La auscultație* se aud bătăile cordului fetal: la 5 luni se ascultă pe linia mediană, după luna a VI-a se ascultă pe linia spino-ombilicală.

3. CONTROLUL PRENATAL

Controlul prenatal are importanță deosebită pentru gravidă și pentru copil.

Obiective	– Depistarea și tratamentul precoce al complicațiilor sarcinii: disgravidii precoce și tardive, iminențele de avort sau naștere prematură, placenta praedia, anemii, hidramnios; – Depistarea și luarea unor măsuri corespunzătoare pentru complicații posibile ale travaliului: disproporții cefalo-pelvine, prezentații distocice, sarcini multiple; – Depistarea bolilor concomitente: cardiopatii, TBC, lues, nefropatii, evaluarea resurselor femeii; – Informarea femeii cu modificările apărute în timpul sarcinii, cauzele acestora și cu tehnici corecte de îngrijire; – Depistarea afecțiunilor care pot influența sarcina: incompatibilitate Rh, suferința fetală și urmărire specială, sfatul genetic; – Puericultura intrauterină; – Pregătire fizică și psihică pentru naștere, educarea femeii ca viitoare mamă.
Luarea în evidență	– Se face activ de către cadrele medii sanitare, cât mai precoce posibil; – Este condiționată de: – prestigiul personalului sanitar care prin activitatea desfășurată și comportament trebuie să câștige încrederea; – creșterea nivelului educativ al populației în general, și al femeilor tinere, viitoare mame, în special.

Prima consultație prenatală

Obiective	1. verificarea diagnosticului de sarcină și a stării aparatului genital; 2. stabilirea bilanțului de sănătate; 3. cunoașterea condițiilor de peristază: sarcină dorită, familie (căsătorie), factori economico-sociali, condiții de muncă și viață.
Conținutul primei consultații	***A. Interogatoriu:*** – antecedente heredo-colaterale (boli personale patologice – în mod deosebit tuberculoză, sifilis, diabet)

	– antecedente personale fiziologice: prima menstruaţie, flux, durată, număr de naşteri, cu sau fără complicaţii (în mod deosebit cezariană), avorturi, ultima menstruaţie. ***B. Examenul ginecologic:*** – inspecţia regiunii vulvare; examen citohormonal; – tactul vaginal. ***C. Bilanţul stării de sănătate:*** – boli preexistente sarcinii: valvulopatii, nefropatii, hepatopatii, discrinii, anemii, infecţii virale; – izoimunizare maternă Rh, ABO; – se consemnează: înălţimea, greutatea, starea de nutriţie, puls, tensiune arterială (maximum 13/8 cm Hg), stare psihonervoasă, alergii medicamentoase, focare de infecţie; – se face pelvimetria externă. Normal: diametrul bicrest = 28 cm, diametrul bitrohanterian = 32 cm, diametrul bispinos = 24 cm, diametrul anteroposterior = 20 cm. ***D. Analize obligatorii:*** – examene paraclinice când nu este sigură sarcina sau se întrevăd complicaţii; – determinarea hemoleucogramei (hemoglobină, hematocrit), grup sanguin Rh (inclusiv soţul); – reacţia serologică – VDRL – examen de urină; – examen stomatologic.

Consultaţia prenatală din săptămânile 12 – 28 ale sarcinii

Ritmul consultaţiilor: lunar

OBIECTIVE	PREVENIREA MARILOR SINDROAME OBSTETRICALE
Conţinutul consultaţiei	– *Informaţii* cu privire la starea generală, cum suportă sarcina (greţuri, vărsături), condiţii de muncă şi viaţă, reguli de igienă; – Măsurarea înălţimii, greutăţii, tensiunii arteriale. ATENŢIE LA ! – *Se măsoară înălţimea uterului:* 9 cm – 12 săptămâni; ombilic = 24 săptămâni; 24 cm = 28 săptămâni; – Se notează apariţia primelor mişcări fetale; – Se repetă analizele: hemoglobină, sumar de urină, VDRL; – Se evaluează riscul obstetrical – gravidă problemă; – Măsuri de prevenire a gestozelor – alimentaţie; – Măsuri de prevenire a naşterii premature: eforturi, trepidaţii, călătorii lungi.

Consultația prenatală din săptămânile 29 - 40 ale sarcinii

Ritmul consultațiilor: bilunar, în lunile VII și VIII, săptămânal în ultima lună.

Obiective	– Evitarea patologiei sarcinii; – Informarea gravidei cu semnele declanșării travaliului, ce este falsul travaliu; – Aprecierea prognosticului în raport cu distocia osoasă, de prezentație, a eventualei toxemii, hemoragiei sau alte complicații posibile; – Controlul dezvoltării uterului: înălțime, circumferință abdominală; – Stabilirea datei concediului prenatal și înțelegerea de către gravidă a importanței respectării;
Conținutul consultației	– Măsurarea înălțimii uterului, circumferința abdominală; – Aprecierea cantității de lichid amniotic; – Sarcină unică sau multiplă, făt mare sau mic; – Prezentația; – Focarul de auscultație al bătăilor cordului fetal; – Examen medical; – Apreciere: greutate, edeme, tensiune arterială; – Examinări: urină, hemoleucogramă, reacția serologică – în săptămâna 32; – vitaminizare (D+A), vaccinare antitetanică.

4. EXPLORĂRI PARACLINICE ÎN SARCINĂ

În urma interogatoriului (interviului) cu gravida, a examenului clinic este posibil să se întrevadă o evoluție complicată a sarcinii ceea ce presupune examene paraclinice complexe. Explorările sunt alese de către medic în funcție de informațiile care trebuie obținute.

A. Teste de sarcină și dozări hormonale

Permit diagnosticul de sarcină când amenoreea nu este edificatoare sau examenul s-a făcut prea devreme.

Testele pun în evidență gonadotrofinele secretate de corion și de placentă, existente în circulația maternă și care se elimină prin urină.

Depistează prezența sarcinii precoce între 2 și 10 zile de la întârzierea ciclului.

Dozarea gonadotrofinelor	– Se poate face din primele 10 zile – Valorile cresc rapid în primele săptămâni, ating maximum în 6–8 săptămâni – Au rol deosebit în primul trimestru de sarcină
Dozarea steroizilor (estrogeni totali și pregnandiol)	– Se elimină prin urină – Creșterea în trim. I arată activitatea corpului galben de sarcină – În ultimele 3 luni pune în evidență suferința fetală atunci când curba nu este ascensională sau marchează o scădere brutală.

B. Examene radiografice

Pentru a evita riscul de iradiere este bine ca orice femeie să facă radiografia, dacă are nevoie, în prima parte a ciclului.

Iradierea în timpul sarcinii, mai ales la început, crește riscul de mutație genetică sau favorizează la copil o hemopatie malignă.

Se evită examenul până în luna 7 1/2.

Se obțin informații asupra fătului și bazinului osos al mamei.

Radiografia	– Se face rar, fiind înlocuită cu echografia; – Poate depista: deflectarea capului, punctele de osificare fetală (maturitatea fătului)
Radiopelvimetria	– permite studierea bazinului matern, măsoară dimensiunile.

C. Examene endoscopice

Celioscopia	– Poate depista o anomalie la nivelul uterului și anexelor – Se face în sarcină ectopică, descoperă leziuni asociate sarcinii.
Aminoscopia	– Presupune col permeabil. – Constă în vizualizarea polului inferior al oului putând traversa chiar membranele, apreciind cantitatea și culoarea lichidului amniotic. Normal – clar transparent cu flocoane de vernix. Patologic: – galben sau verde în suferință fetală. – brun roșu – făt mort, macerat. NU SE FACE ÎNAINTE DE A 36-a SĂPTĂMÂNĂ, DECLANȘEAZĂ TRAVALIUL. *INDICAȚII:* În suspiciunea de sarcină depășită (nu e periculoasă dacă lichidul e clar).

D. Examene cu ultrasunete

Ultrasunetele sunt unde sonore cu frecvenţă superioară celei ce poate fi percepută cu urechea normală. Fascicolul sonor traversează ţesuturile şi se reflectă parţial pe interfaţa a două structuri diferite transformându-se în semnal sonor sau luminos.

Detectarea BCF	– Se poate realiza precoce la 12 săptămâni – La femeile obeze în caz de suspiciune de făt mort, vitalitatea fătului fiind cercetată rapid. – În supravegherea sarcinii şi travaliului.
Echografia	– Vizualizează pe ecran uterul şi conţinutul său: placenta, cavitatea ovulară, fătul. În cursul primelor luni: – Confirmă precoce sarcina, pune în evidenţă o veziculă şi sacul embrionar (6 săptămâni). – Vitalitatea afirmată prin activitatea cardiacă ritmică spre 8 săptămâni. – Depistarea sarcinilor multiple. – Determinarea vârstei sarcinii prin măsurarea sacului gestional. – Evaluează prognosticul în faţa unei sarcini cu ameninţare de avort. – Stabileşte diagnosticul de sarcină molară. După luna a doua: – Localizează placenta. – Permite biometria fetală (măsurarea diametrelor cranian, toracic şi abdominal). – Evidenţiază malformaţii care schimbă conduita obstetricală.

E. Amniocenteza

Principiul	– Lichidul amniotic poate fi studiat punând în evidenţă celulele de origine fetală, compoziţie chimică sau enzimatică.
Indicaţii	– Supravegherea sarcinii cu Rh negativ Prezenţa bilirubinei arată un prognostic rezervat. – Depistarea semnelor de suferinţă fetală în sarcina patologică prin cercetarea meconiului sau dozarea gonadotrofinelor.

F. Studierea ritmului cardiac

Se poate face intermitent cu ajutorul stetoscopului sau se înregistrează continuu. Normal 120-160/minut.

Suferința fetală în cursul sarcinii

Hipoxia fetală	– Aport insuficient de oxigen la nivelul țesuturilor, putând antrena moartea fătului. – La nivelul tubului digestiv lipsa oxigenului determină creșterea peristaltismului și eliminarea de meconiu în lichidul amniotic ceea ce explică modificarea culorii acestuia (verzui).
Cauzele suferinței fetale: **Cauze materne**	– Hipertensiunea arterială, sindroamele vasculo-renale – Diabetul – Hipoxia maternă din insuficiența cardiacă decompensată, insuficiența respiratorie, anemie gravă.
Cauze ovulare	Alterările placentei determină tulburări ale schimbărilor fetomaterne (placenta praevia, tromboza, infarctul) – Anomalii de cordon (circulare, noduri) – Sarcini gemelare
Cauze fetale	– Malformații – Incompatibilitate Rh
Consecințele xipoxiei	– Moartea fătului – Nașterea unui copil hipotrofic, fragil

Depistarea anomaliilor genetice și aberațiilor cromozomiale

Metode de explorare	– Cercetarea lichidului amniotic – Echografia
Indicații	– Suspiciunea unor anomalii genetice – Depistarea bolilor transmise sexual – Depistarea anomaliilor tubului neural (spina bifida, anencefalie) – Depistarea bolilor genetice

Gravide cu risc obstetrical

Evoluţia unei sarcini depinde în mare măsură de mediul fizic, social, familial, de dorinţa cu care este aşteptat copilul, de modul în care viitoarea mamă colaborează cu personalul medico-sanitar, acceptă sfaturile şi înţelege să le aplice.

După bilanţul stării de sănătate se va putea aprecia dacă sarcina poate fi dusă la termen fără ameninţarea sănătăţii sau vieţii mamei şi a produsului de concepţie (sarcina fiziologică) sau necesită îngrijire şi supraveghere specială (gravida problemă). Este necesar ca asistenta medicală generalistă să cunoască gravidele cu risc obstetrical pentru a asigura urmărire şi educaţie permanentă, echilibrul şi sprijinul de care aceasta are nevoie.

Am considerat util să enumerăm câteva grupe de cauze care pe lângă cunoaştere, sugerează şi informaţii ce trebuie obţinute în vederea identificării problemelor de îngrijire, stabilirii obiectivelor şi acţiunilor de nursing, contribuind la diferenţierea dintre manifestările normale ale sarcinii şi cele patologice.

Circumstanţe psiho-sociale	– Sarcina nedorită – Familii dezorganizate. Climatul afectiv neprielnic, venit redus, alimentaţie deficitară – Domiciliul femeii în zone geografice greu accesibile, fără posibilităţi de anunţ telefonic, de transport de urgenţă – Nerespectarea prevederilor legislaţiei de ocrotire a femeii gravide la locul de muncă.
Factori generali	– Vârsta: grupele de vârstă sub 20 de ani, cât şi cele de peste 35 de ani – Primigestele foarte tinere sau peste 35 de ani – Marile multigeste sau numai multipare (chiar cu 3-4 naşteri eutocice în antecedente) – Înălţimea sub 1,55 m – Greutatea sub 45 kg – Infantilism genital – Izoimunizare Rh sau de grup
Antecedente ginecologico-obstetricale	– Uter cicatriceal (în special după operaţie cezariană corporeală) – Malformaţii sau tumori genitale (în special fibrom) – Sterilitate involuntară tratată – Operaţii plastice pe sfera genitală (prolaps, fistule, malformaţii, chirurgia infertilităţii sau pe rect) – Sarcini cu complicaţii (hemoragii, infecţii, toxemii) sau o sarcină la mai puţin de un an de la ultima naştere – Întreruperea intempestivă a cursului sarcinii (avort, naştere prematură)

	– Naşteri cu: distocii mecanice, de dinamică, în delivrenţă, intervenţii, născuţi morţi, decedaţi în perioada neonatală precoce, malformaţii, hipertrofie fetală, macrosomii, copii cu handicap.
Boli preexistente sarcinii	– Cardiopatii – Boală hipertensivă – Anemii – Tulburări endocrino-metabolice (obezitate, prediabet, diabet, hiperparatiroidism, hipo- sau hipertiroidism) – Pneumopatii – Nefropatii – Infecţii cronice (tuberculoză, sifilis) – Boli infecţioase, rubeolă, herpes, toxoplasmoză, listerioză, hepatită, colibaciloze, boala cu incluzii citomegalice – Hepatită cronică – Afecţiuni ortopedice: cifoscolioză, şchiopătare.
Intoxicaţii	– Alcoolism, tabagism etc.
Sarcină complicată prin:	– Distocii osoase – Distocii de prezentaţie (inclusiv prezentaţia pelvină) – Creşterea anormală în greutate, peste 20% faţă de greutatea iniţială în timpul sarcinii (peste 3% în trim.I, peste 6% în trim.II, peste 11-12% în trim.III.); sau creşterea nesemnificativă a greutăţii – Tripiedul disgravidiei tardive – Infecţii urinare, vaginale, cutanate – Creşterea anormală a volumului uterului (gemelaritate, oligoamnios, hidramnios) – hemoragii după a 20-a săptămână a sarcinii – Incompetenţa cervicală – Fals travaliu – Incompatibilităţi de grup sau de Rh – Intervenţii chirurgicale – Teste de explorare a potenţialului biologic cu valori deficitare (colpo-citohormonologia, estriolul, hormonul lactogenic placentar, amnioscopia, amniocenteza etc.)
Hemoragie recentă	– Ruptură de membrane de peste 6 ore, fără declanşarea contractilităţii uterine – Procidenţa de cordon – Suspiciune clinică de suferinţă fetală – Moartea intrauterină a fătului

Diagnostice de nursing posibile în sarcină
(După HANDBOOK OF NURSING DIAGNOSIS – 1989 – 1990
Lynda Juall Carpenito)

În afara diagnosticelor cuprinse în ghid, pot fi formulate şi altele, în funcţie de particularităţile fiecărei gravide urmărite, de sursele de dificultate identificate.

1. Alterarea confortului manifestat prin greţuri/vărsături determinate de creşterea estrogenilor, scăderea motilităţii gastrice, scăderea glicemiei.

2. Alterarea confortului: senzaţia de arsură epigastrică din cauza presiunii exercitate asupra sfincterului cardial de către uterul gravid

3. Constipaţie – determinată de scăderea motilităţii gastrice a presiunii exercitate de uterul gravid asupra colonului

4. Activitate netolerată (imposibilă) datorită fatigabilităţii şi dispneei secundare ca urmare a presiunii uterului gravid asupra diafragmului şi creşterii volumului sanguin

5. Potenţială alterare a mucoasei bucale datorită hiperemiei gingiilor ca urmare a creşterii cantităţii de estrogeni şi progesteron

6. Teama de a nu duce sarcina la termen şi posibile imperfecţiuni ale copilului

7. Potenţială infecţie: vaginită favorizată de creşterea secreţiei vaginale secundară schimbărilor hormonale

8. Potenţială stare de rău, sincopă/hipotensiune secundară datorită greutăţii în circulaţia venoasă periferică

9. Alterarea confortului: durere de cap datorită creşterii volumului de sânge

10. Alterarea confortului: hemoroizi datorită constipaţiei şi creşterii presiunii exercitate de uterul gravid

11. Potenţială modificare a conceptului de sine în legătură cu efectuarea sarcinii şi statutul biopsihosocial ca părinte

12. Potenţială alterare parentală (mamă, tată) în legătură cu:
– deficitul de cunoştinţe;
– lipsa autorităţii;
– sentiment de incompetenţă;
– sarcină nedorită.

13. Potenţială alterare a menţinerii sănătăţii în legătură cu insuficienţa (lipsa) cunoştinţelor despre:

a) Influenţa sarcinii asupra organismului (aparatului cardio-vascular, digestiv, urinar, respirator, musculo-scheletar, a tegumentelor).

b) Influenţa sarcinii asupra domeniului psiho-social.
- Influenţa sarcinii asupra sexualităţii/funcţiei sexuale.
- Influenţa sarcinii asupra unităţii familiei (soţ, copii).

c) Teama pentru buna dezvoltare a sarcinii.

d) Necesităţile nutriţionale.

e) Factori de risc:
- fumatul
- excesul de alcool sau droguri
- excesul de cofeină
- creştere excesivă în greutate

f) Semne şi simptome ale complicaţiilor:
- scurgeri vaginale
- crampe, contracţii
- edeme excesive
- preeclampsie
- diabetul matern

5. PROBLEME DE ÎNGRIJIRE CARE POT APĂREA ÎN TIMPUL SARCINII (GHID)

PROBLEME DE ÎNGRIJIRE (DIAGNOSTIC DE NURSING)	OBIECTIVE (REZULTAT AȘTEPTAT)	INTERVENȚIILE ASISTENTEI (ACȚIUNI DE NURSING)	MOTIVAȚIA ACȚIUNILOR, CAUZELE MANIFESTĂRILOR
1. ALTERAREA CONFORTULUI – manifestată prin greață și/sau vărsături în special dimineața.	Gravida să demonstreze adaptarea alimentației la situația actuală; știe să evite deshidratarea.	Asistenta învață gravida: – Să evite mâncărurile grase și mirosurile care-i determină greață – Să mănânce 5 mese pe zi, în cantități mici, bogate în proteine (brânză, lapte, ouă) și hidrocarbonate bine tolerate – Să bea suficient (deoarece pierde prin vărsături) mai ales apă minerală – Să consume alimente bogate în Fe și vitamine – Să încerce să ia 50-100 mg/zi de vitamina B_6 (după mese) – reduce starea de greață – Să mănânce dimineața (la trezire) iaurt, brânză, să bea sucuri sau lapte pentru a scădea starea de greață – Să evite mișcările bruște – Să facă plimbări în aer liber, mai ales după mese – Să nu ia medicamente antiemetice sau alte medicamente fără să consulte medicul	– Prezența unor tulburări digestive coexistente sarcinii accentuează vărsăturile – Tulburările funcționale de origine psihosomatică sunt adesea singurele cauze, prin creșterea progesteronului și gonadotrofinelor – Studierea comportamentului gravidei este adesea edificatoare pentru stabilirea cauzelor – Crește aciditatea gastrică – Medicamentele administrate fără prescripție pot avea influențe negative asupra sarcinii

1	2	3	4
2. ALTERAREA APETITULUI – manifestată prin: – scăderea în greutate – deshidratare – paloare – corpi cetonici în urină	Gravida să reușească să se alimenteze corespunzător cantitativ și calitativ.	Asistenta: – Evaluează semnele de deshidratare și a pierderii în greutate; – Evaluează starea generală pentru a depista alte cauze posibile (suferință gastrică sau duodenală, ulcer, colecistită, hepatită, apendicită) – Controlează alimentele consumate pentru aprecierea calităților lor nutritive	– Grijile, temerile legate de sarcină pot fi o cauză – Suferințele amintite pot fi cauza scăderii poftei de mâncare sau imposibilității de a se alimenta corespunzător – Nu consumă alimente calitativ corespunzătoare pentru că nu știe sau nu are posibilitatea să și le procure
3. ALTERAREA CONFORTULUI – din cauza creșterii în volum a sânilor și senzațiilor de furnicătură	Gravida să folosească tehnici de îngrijire a sânilor care reduc disconfortul; menține sănătatea sânilor.	– Evaluează starea locală pentru a elimina alte cauze – Informează femeia cu posibilitatea scurgerii colostrului care poate fi cauza iritării mameloanelor (datorită frecării) – Liniștește femeia și informează în legătură cu modificările sânului în timpul sarcinii – Instruiește gravida să-și pregătească sânii în vederea alăptării, în ultimele 3 luni de sarcină – Dacă mameloanele sunt ombilicate o instruiește cum se fac exerciții de formare de 2-3 ori/zi: să prindă mamelonul cu două	– În timpul sarcinii glandele mamare cresc în volum producând senzația de greutate iar la unele femei chiar dureri și înțepături – Mamelonul se mărește, se pigmentează. – În jurul mamelonului areola se pigmentează și se bombează ca sticla unui ceasornic

1	2	3	4
		degete și să-l tragă în afară de mai multe ori Asistenta instruiește gravida: – Să nu rupă crustele, ele pot cădea după baie. – Să-și spele mâinile și să-și taie unghiile înainte de îngrijirea sânilor – Să evite săpunul la spălarea mamelonului – Să-și maseze și să-și frece ușor sânii după baie cu o pânză mai aspră – Să evite presiunea asupra sânilor folosind sutien lejer și o îmbrăcăminte mai largă – Să-și facă examinarea regulată a sânilor	– pe suprafața areolei apar mici ridicături, având mărimea unui bob de mei; tuberculii Montgomery – La sfârșitul lunii a III-a prin apăsarea mamelonului se scurge colostrul (lichid transparent, lipicios) – La unele femei mameloanele sunt ombilicate, mici, înfundate. – săpunul usucă și predispune la fisuri
4. POSIBILA ALTERARE (tulburare) a eliminărilor, manifestată prin creșterea frecvenței și/sau jenă la micțiune	Gravida să știe care sunt semnele unei posibile infecții urinare și cum se combat celelalte cauze de alterare a eliminării, atenționează medicul.	Asistenta face: – Evaluarea semnelor pentru depistarea unor afecțiuni preexistente sarcinii sau apărute în timpul sarcinii (uretrite, cistite, pielonefrite) prin: – urocultură – examen de urină sumar – interviu pentru a afla dacă a stat în frig sau umezeală, dacă nu are o afecțiune a coloanei vertebrale lombosacrate Cercetarea dietei pentru a afla dacă nu consumă în exces ceai, cafea, cola sau alte băuturi	– În absența semnelor infecției, creșterea frecvenței poate fi cauzată de întinderea bazei vezicii urinare, de creșterea uterului care creează o senzație de plenitudine reducând capacitatea de umplere – Compresiune exercitată de uterul gravid în ultimele 3 luni de sarcină

1	2	3	4
		– Cercetarea existenței unui eventual diabet manifestat și prin sete excesivă, creșterea glucozei în sânge – Instruirea gravidei să ingere o cantitate de lichide corespunzătoare în timpul zilei și să evite consumul în timpul nopții pentru a evita nicturia; să-și limiteze ingestia de ceai, cafea, cola – Instruirea gravidei cu semnele infecției urinare și importanța intervenției medicale prompte, insistând în ultimele luni de sarcină: – să-și controleze aspectul urinii – să-și măsoare temperatura dacă are mici frisoane, cefalee, astenie nejustificată, de alte cauze	– Consumul excesiv în timpul nopții sau a celor cu efect diuretic – Posibila existență a diabetului sau a infecțiilor urinare, ultimele fiind asociate și cu risc de naștere prematură
5. OBOSEALA DATORATĂ GRAVIDIEI manifestată prin lipsa de energie neobișnuită, nevoie de somn.	Gravida să demonstreze o înțelegere corectă a cauzelor oboselii evidente și să folosească mijloace proprii în vederea reducerii.	Asistenta face: – Evaluarea alimentației pentru depistarea lipsurilor care favorizează anemia sau insuficiente calorii – Recoltarea sângelui pentru: – determinarea hemoglobinei și hematocritului – evaluarea stării psihice a gravidei pentru depistarea anxietății, a depresiei – evaluarea activităților desfășurate de gravidă la locul de muncă (efort fizic, ortostatism, stres) sau/și în gospodărie	– În absența altor cauze, poate fi determinată de modificările hormonale, de creșterea nevoilor de odihnă a sistemului cardiopulmonar în trimestrul III – Oboseala poate să fie determinată și de o serie de alte cauze: – alimentație necorespunzătoare

1	2	3	4
		– Asistenta liniștește gravida explicându-i că oboseala este normală și trecătoare – Recomandă gravidei mai multă odihnă, să respecte concediul prenatal – Ajută gravida (dacă este posibil) să-și schimbe locul de muncă sau să i se facă unele înlesniri, eventual un dialog cu soțul, cu membrii familiei. – Recomandă gravidei să nu renunțe la relațiile sociale, să mențină legătura cu prietenii, să participe în continuare la activități pe care le preferă	(cantitativ și calitativ) – anemie – creșterea excesivă în greutate prin supraalimentație sau din alte cauze – efort fizic deosebit, prelungit, poziție inadecvată – cauze psihice – infecții
6. ALTERAREA CONFORTULUI DIN CAUZA LEUCOREEI (scurgerii vaginale)	Gravida să demonstreze o cunoaștere a cauzelor leucoreei, recunoaște semnele infecției, știe să evite și să se autoîngrijească.	Asistenta face: – Evaluarea culorii, cantității și mirosului scurgerii – Evaluarea suferinței gravide determinată de semne însoțitoare: prurit, usturime – Recoltarea secrețiilor pentru candida sau infecții transmise sexual – Liniștirea gravidei, explicându-i că în timpul sarcinii, creșterea secreției este normală – Instruirea gravidei: să păstreze o igienă locală prin spălare externă cu apă și săpun, uscarea regiunii; pudrarea cu talc la cele care transpiră, să folosească tampoane după uscare să evite chiloți foarte strânși sau din fibre sintetice	– În absența altor probleme, scurgerea poate fi cauzată de creșterea producerii de mucus cervical care este alb sau gălbui și este determinată de estrogeni: creșterea vascularizației locale și a descuamației – Umezeala determină apariția iritației locale și favorizează infecția

1	2	3	4
		– Asistenta atrage atenția gravidei să nu facă irigații vaginale, să se prezinte la medic dacă scurgerea este abundentă, purulentă, iritantă, urât mirositoare. – Instruiește gravida să-și spele regiunea anală după fiecare scaun, iar ștergerea cu hârtie igienică să se facă dinspre vulvă spre anus și nu invers.	– Irigațiile vaginale acționează asupra colului hipersensibil, declanșează contracții uterine care pot determina avort sau naștere prematură – Afecțiuni care pot determina scurgeri: vaginite cu trichomonas, candida sau gonococ.
7. ALTERAREA ACTIVITĂȚII SEXUALE MANIFESTATĂ PRIN: – scăderea libidoului său sau al partenerului – disconfort fizic și psihic în relația sexuală.	Gravida și soțul (partenerul) să demonstreze înțelegere și acceptare a cauzelor modificării libidoului.	Asistenta face: – Evaluarea motivelor care au determinat modificările libidoului: – disconfort fizic sau emoțional (sau amândouă) – grija deosebită față de sarcină – Evaluarea psihologică a cuplului în legătură cu sarcina (dorită, nedorită, teamă) – Evaluarea comunicării între parteneri (soți), a perceperii de a face față în situații dificile: înțelegere reciprocă, sprijin afectiv – Asistenta liniștește gravida și soțul în legătură cu modificările în relațiile sexuale care pot fi depășite și viața să-și urmeze normal cursul, cu excepția situațiilor în care	– Unele gravide pot avea un libidou crescut (puține la număr) în primul trimestru al primei sarcini. Trebuie evitate raporturile prea frecvente – Dragostea maternă duce la slăbirea și inhibiția libidoului. Conștiința maternității domină instinctul sexual și-i dă altfel de satisfacție psihică. Gravida poate prezenta frigiditate

1	2	3	4
		există contraindicații din cauza stării de sănătate – Sfătuiește cuplul că buna comunicare este esențială, este necesară tandrețea și liniștea gravidei – Sfătuiește cuplul asupra unui ritm fiziologic în funcție de vârsta sarcinii: – în prima jumătate a sarcinii un raport de 6-10 zile; – până în luna a VII-a un raport la 10 zile; – abstinență sexuală în ultimele 2 luni de sarcină.	tranzitorie și e nevoie de înțelegere din partea soțului. – La unele gravide modificările fiziologice vasocongestive intense ale tractului vaginal, duc la diminuarea senzualității. – Stimularea sexuală a femeii cu sarcină avansată produce contracții uterine dureroase, favorizează nașterea prematură și predispune la infecții puerperale.
8. ALTERAREA CONFORTULUI: – salivație excesivă	Gravida să înțeleagă cauzele salivației, respectă și aplică sfaturile date.	– Asistenta evaluează (cercetează) existența anterioară a unor afecțiuni gastro-intestinale, pancreatice, hepatice, ale cavității bucale (stomatite) – Liniștește gravida că astfel de manifestări sunt frecvente și trecătoare – Sfătuiește să sugă cuburi de zahăr sau dropsuri tari – Sfătuiește să evite ingerarea excesivă de amidon – O sfătuiește să mențină o bună igienă a cavității bucale	– Prezența unor afecțiuni poate determina hipersalivație (ptialism): stomatite, nevralgie de trigemen, stenoză esofagiană, afecțiuni ale bulbului rahidian – Ptialismul exagerat, saliva se scurge afară (sialoree) se

1	2	3	4
		– Informează gravida că e mai frecventă în primele luni dar trebuie să aibă răbdare deoarece se poate prelungi până la luna a VI-a – a VII-a	întâlnește în stomatită mercuriană și saturniană, tabes, encefalită – La gravidă dispare în timpul somnului ceea ce este o dovadă a originii nervoase
9. ALTERAREA ELIMINĂRII INTESTINALE: – balonare, flatulență	Gravida să înțeleagă cauzele flatulenței, folosește tehnici potrivite pentru prevenire și combatere.	Evaluează funcția digestivă și alimentația (alimente care produc gaze), ingestie grăbită. Evaluează durerile abdominale, eructațiile și pirozisul – Liniștește gravida explicându-i că prezența gazelor nu influențează sarcina – Sfătuiește gravida să evite alimentele care produc gaze și consumul unei cantități mari la o masă, cu lăcomie – Să evite mestecarea gumei, fumatul – Să facă plimbări, exerciții fizice	– Existența unor afecțiuni, consumul exagerat de alimente, înghițirea rapidă împreună cu o cantitate de aer (aerofagia) – Eliminarea aerului se însoțește și de un reflux alimentar cu senzația de arsură retrosternală – Lipsa de mișcare face să scadă motilitatea intestinală, mestecarea gumei favorizează secreția salivară și înghițirea aerului. – Pe măsură ce uterul crește poate exercita compresiune asupra intestinului

1	2	3	4
10. ALTERAREA CONFORTULUI DURERE DE CAP (cefalee)	Gravida să înţeleagă cauzele durerii de cap, importanţa cunoaşterii semnelor de toxemie	– Evaluează cauzele care determină durerea de cap pentru a aprecia dacă este o situaţie trecătoare sau un semn al complicaţiilor de sarcină: – se observă localizarea durerii (frunte, temporal, occipital) diferenţa faţă de alte dureri dinaintea sarcinii – se analizează factorii cauzatori: oboseală, stres emoţional, alimentaţie insuficientă, deshidratarea. Asistenta face: – Cercetarea unei eventuale toxemii sau preeclampsii: proteinuria, creşterea în greutate, edeme, exagerarea reflexelor – Depistarea unor sinuzite, a infecţiilor respiratorii, a unor manifestări alergice – Evaluarea unor boli preeexistente sarcinii, sau existente în antecedentele heredo-colaterale (boli cardiovasculare, renale) – Asistenta explică cauzele care pot produce cefalee în afara îmbolnăvirilor. – Linişteşte gravida explicându-i că aceste simptome sunt temporare şi pot fi combătute – Sfătuieşte gravida să se odihnească mai mult, să desfăşoare activităţi care-o relaxează – Să elimine din alimentaţie alimentele alergice	– Din cauza inhibiţiei gravidice, creşte volumul circulant şi efortul cardiac, se produce dilataţia şi distensia arterelor cerebrale – Tensiunea emoţională determină spasm al sternocleimastoidianului, gâtului şi umerilor. – Oboseala produce cefalee. – În al II-lea trimestru scade presiunea sângelui. – Unele medicamente pot fi dăunătoare pentru sarcină. – Semnele neglijate duc la eclampsie sau apoplexie utero-placentară.

1	2	3	4
		– Să evite perioadele lungi fără hrană (să mănânce la ore fixe) – Să stea cât mai mult în aer liber – Să nu folosească medicamente fără acordul medicului – Învață gravida care sunt semnele toxemiei gravidice: edemele, cefaleea intensă, hipertensiunea arterială, tulburări de vedere, scăderea cantității de urină.	
11. ALTERAREA CONFORTULUI – manifestată prin durere cauzată de întinderea ligamentelor uterine	Gravida să înțeleagă cauza durerilor, respectă sfaturile date.	– Explică gravidei că odată cu creșterea uterului ligamentele care-l susțin se îngroașă și se întind producând durere. – Observă dacă nu se produce contracția uterină (hipertonie) – Evaluează alte cauze care determină durere (constipație, modificările bruște de poziție). – Învață gravida să evite ortostatismul prelungit, efortul fizic.	– Ligamentele uterine se prind de peretele escavației (ligamente largi), de canalele inghinale, muntele Venus și labiile mari (ligamentele rotunde), pe istmul uterin și pe sacru (ligamentele utero-sacrale) și din cauza întinderii dau dureri. – Modificarea poziției prin mișcări bruște poate determina durere ca urmare a schimbării centrului de greutate al uterului.

1	2	3	4
12. DIFICULTATE ÎN DESFĂŞURAREA ACTIVITĂŢII DIN CAUZA DISPNEEI	Gravida să demonstreze înţelegere, foloseşte tehnici adecvate pentru o respiraţie normală.	Asistenta face: – Evaluarea unor antecedente în legătură cu deformări toracice, boli pulmonare, astm. – Determinarea hemoglobinei şi hematocritului pentru depistarea unei anemii asociate. – Liniştirea pacientei explicându-i motivele fiziologice ale dispneei în sarcină. – Sfătuieşte gravida: – să-şi menţină spatele drept (să adopte o poziţie adecvată) – să evite efortul fizic – să-şi acorde timp de odihnă după orice efort – să facă gimnastică respiratorie, explicându-i că-i va folosi şi în travaliu – să doarmă cu toracele uşor ridicat.	– Compresiunea venei cave de către uterul gravid, împiedică circulaţia de întoarcere către inimă determinând hipotensiune. – Creşterea uterului limitează mişcările diafragmului şi reduce volumul cutiei toracice – Nevoile de oxigen ale organismului sunt sporite. – În timpul contracţiilor dureroase frecvenţa şi ritmul respiraţiei se modifică şi gravida trebuie să le coordoneze pentru a face faţă efortului.
13. ALTERAREA CONFORTULUI – manifestată prin dureri musculo-osteo-articulare.	Gravida să folosească tehnici adecvate pentru reducerea durerilor musculo-scheletale	Asistenta face: – Evaluarea poziţiei gravidei şi a cunoştinţelor acesteia despre favorizarea circulaţiei mai ales la membrele inferioare – Evaluarea timpului de odihnă pe care şi-l poate acorda gravida în poziţie de decubit	– Creşterea greutăţii şi volumului uterului, schimbarea centrului de greutate determină lordoze compensatorii şi contracţii musculare (În marea majoritate a

1	2	3	4
		– Evaluarea unor defecte anatomice (musculo-scheletice) care pot accentua durerile, a forței de contracție scăzute, a mușchilor spatelui. – Sfătuiește gravida: – să evite efortul prelungit, cu mișcări de superextensie repetate (atenție la locul de muncă) – să se odihnească frecvent în poziție de decubit pentru a obține o relaxare totală, să țină picioarele ridicate; – să poarte îmbrăcăminte lejeră, pantofi cu tocuri joase; – să facă zilnic exerciții ușoare, să se ridice pe vârful picioarelor, să roage pe cineva să-i facă masaj.	cazurilor uterul gravidei își înclină fundul către dreapta ceea ce explică și compresiunea asupra venei cave) – Dacă mușchii spatelui nu oferă suport (au o forță scăzută) pentru relaxarea mușchilor abdominali, se accentuează lordoza – Purtarea pantofilor cu toc înalt cauzează schimbări de poziție și contracții musculare lente – Datorită estrogenilor și imbibiției se produce o relaxare a articulațiilor.
14. ALTERAREA ELIMINĂRII INTESTINALE: manifestată prin constipație.	Gravida să cunoască cauzele constipației, știe măsurile de prevenire și combatere	Asistenta face: – Evaluarea dietei, a cantității de fibre conținută de lichide și fier ingerată – Evaluarea unor tulburări preexistente sarcinii (iritabilitatea colonului) – Evaluarea eventualelor modificări în plan psihologic (anxietate, depresie) care pot influența tranzitul.	– Regimul uscat și lipsit de celuloză predispune la constipație – Constipația prelungită produce fermentații intestinale, absorbția toxinelor deter-

1	2	3	4
		– Sfătuieşte gravida: – să consume mai multe lichide (6-8 pahare/zi) şi să bea mai ales dimineaţa ceai călduţ; – să crească fibrele în alimentaţie, în special fructe şi legume proaspete; – să consume dimineaţa şi seara câte un pahar cu apă rece cu 1-2 linguriţe de miere sau dimineaţa pe stomacul gol va bea un pahar cu apă, în care s-au pus seara 6-7 prune uscate – să facă mişcare în limita posibilităţilor – Explică gravidei că în ultimul trimestru constipaţia e frecventă deoarece uterul gravidei apasă pe rect.	mină migrene şi anorexie, favorizează dezvoltarea colibacililor care pot provoca infecţii uterine (pielonefrită) – Constipaţia predispune şi la apariţia hemoroizilor. – Relaxarea tonusului muscular şi descreşterea peristaltismului cauzate de progesteron favorizează reabsorbţia apei la nivelul colonului, creşte consistenţa materiilor fecale ducând la constipaţie.
15. ALTERAREA CONFORTULUI – manifestată prin durere din cauza varicelor	Gravida să folosească tehnici adecvate de reducere a durerii şi a agravării varicelor	– Asistenta face: – Evaluarea antecedentelor personale şi familiale cu privire la existenţa varicelor – Evaluarea activităţii desfăşurată de gravidă: ortostatismul prelungit, munca în mediu umed şi cald – Linişeşte gravida explicându-i că vor dispărea după sarcină (sunt şi inestetice) – Sfătuieşte pacienta:	– Creşterea volumului sanguin favorizează sporirea presiunii în circulaţia venoasă. – Creşterea volumului uterului favorizează compresiunea pe vene şi împiedică întoarcerea venoasă

1	2	3	4
		– să se odihnească în decubit cu picioarele ridicate, de două sau mai multe ori/zi; – seara să facă băi călduțe, la temperatura corpului, urmate de masaj în sensul circulației de întoarcere. – în timpul nopții să doarmă cu picioarele ridicate față de planul patului. – Să facă exerciții de mers în timpul zilei: mers pe vârful picioarelor sau pe călcâie de 2 ori/zi.	de la picioare la perineu determinând varice vulvare și la picioare, hemoroizi. – Sedentarismul favorizează stagnarea sângelui în membrele inferioare și pelvis. – Tocurile înalte sunt contraindicate, la fel băile de soare.
16. ALTERAREA CONFORTULUI – manifestată prin hemoroizi	Gravida să înțeleagă cauzele care produc hemoroizi și folosește tehnici adecvate pentru a preveni apariția lor.	– Asistenta face: – Evaluarea alimentației în legătură cu cantitatea de lichide și fier ingerat, a funcționalității intestinului – Sfătuiește gravida: să evite constipația, să facă băi calde sau reci dacă e posibil (spălare după fiecare scaun), cercetarea zonei din jurul anusului – Să-și introducă supozitoarele după efectuarea defecației (după sfatul medicului).	– Lipsa lichidelor și fibrelor determină constipația care favorizează apariția hemoroizilor. – Pot sângera, se pot infecta și din acest motiv se cere și igienă locală perfectă. – Consultul medicului e obligatoriu înainte de folosirea supozitoarelor.
17. ALTERAREA CONFORTULUI – manifestat prin crampe musculare la picioare.	Gravida să fie informată cu cauzele crampelor și aplică măsuri	– Evaluează dieta pentru a aprecia dacă alimentele nu sunt în cantitate prea mare – Sfătuiește gravida să consume alimente	– Perturbarea raportului Ca/P (sporirea P) predispune la crampe musculare.

1	2	3	4
	de prevenire și combatere.	care conțin calciu sau să ia calciu suplimentar – să se îngrijească să nu-i fie frig la picioare	– Mișcările bruște favorizează contracturi dureroase
18. ALTERAREA IMAGINII DE SINE – schimbarea imaginii datorită sarcinii	Gravida să înțeleagă modificările tegumentelor, folosește tehnici de îngrijire adecvate.	– Observă pigmentația feței, abdomenului și sânilor – Liniștește gravida explicându-i că pigmentarea nu poate fi prevenită, dar dispare progresiv după naștere – Să nu stea la soare pentru a nu accentua pigmentarea feței – Să păstreze o bună igienă.	– Se pigmentează linia subombilicală – Pe față apare masca de sarcină sau cloasma gravidică, pigmentație mai evidentă pe frunte și obraz – Vergeturile pot apărea pe abdomen, fese sau sâni, ca urmare a lipsei de elasticitate a pielii (poate fi defect genetic)
19. ALTERAREA CONFORTULUI –manifestat prin contracții uterine. Gravidele acuză contracții ritmice ale uterului, își exprimă îngrijorarea asupra sarcinii.	Gravida să știe să facă diferența între falsul travaliu și travaliul adevărat. Să știe să prevină contracțiile.	– Evaluează contracțiile pentru a face diferența între falsele contracții și cele care anunță începerea travaliului – Liniștește gravida explicându-i că asemenea contracții sunt normale, sunt o caracteristică a uterului gravid – Informează gravida asupra posibilității nașterii premature și a necesității de a se prezenta la medic. – Informează gravida asupra datei probabile a nașterii și asupra semnelor de declanșare a travaliului.	– Contracția uterină există de la începutul sarcinii și se accentuează spre sfârșit – Contracțiile de naștere sunt diferite de cele din timpul sarcinii prin faptul că sunt: dureroase, involuntare, ritmice și progresiv crescânde ca

1	2	3	4
		– Sfătuieşte gravida să se odihnească, să stea culcată pe partea stângă, să facă plimbări uşoare – acţiuni care reduc contracţiile.	frecvenţă, durată şi intensitate.
20. DEREGLAREA DIGESTIEI	Gravida să demonstreze conştienţă pentru efectele dăunătoare ale unor alimente, să regleze cantitatea pentru a nu creşte mult în greutate.	– Asistenta face: – Evaluarea creşterii în greutate – Evaluarea factorilor culturali sau socio-economici care determină o hrănire inadecvată – Sfătuieşte pacienta să consume o alimentaţie echilibrată, să-şi controleze creşterea în greutate – Sfătuieşte pacienta să mănânce puţin dar mai des, să evite emoţiile în timpul mesei.	– Gravida are nevoie de o cantitate sporită de calorii, dar prin creşterea dimensiunilor uterului pot apărea dereglări ale digestiei – La începutul sarcinii gravida poate avea pofte capricioase: var, pământ, pastă de dinţi etc., cu implicaţii asupra digestiei.
21. ANXIETATEA CAUZATĂ DE SÂNGERAREA NAZALĂ ŞI A GINGIILOR	Să-şi exprime anxietatea evidenţiată prin discuţii deschise, să manifeste interes pentru tehnici de combatere.	– Asistenta: – Observă aspectul gingiilor pentru evidenţierea sângerării – Evaluează T.A. pentru a descoperi hipertensiunea, cauză posibilă a epistaxisului. – Sfătuieşte pacienta: – să-şi menţină o igienă bucală perfectă, să se prezinte la dentist dacă are probleme, să-şi trateze cariile.	– Sângerarea poate fi cauzată de creşterea estrogenilor dar şi de HTA, de modificări ale hemogramei.

1	2	3	4
		– să meargă la medic dacă sângerarea nazală se repetă – să evite efortul fizic.	
22. IMPOSIBILITATEA DESFĂŞURĂRII ACTIVITĂŢII (intoleranţa activităţii) – manifestată prin ameţeli şi leşin – Gravida se plânge de ameţeli şi pierderea echilibrului	Gravida să cunoasacă cauzele ameţelilor, să folosească tehnici adecvate pentru a le preveni şi reduce.	– Asistenta face: – Evaluarea cauzelor ameţelilor şi factorilor asociaţi: – în primele luni ameţelile pot fi datorate greţurilor sau stărilor de vomă, hipoglicemiei; – posibilă sarcină ectopică; – în trimestrul II scade presiunea arterială; – în ultimul trimestru ameţelile pot fi datorate schimbărilor de poziţie, hipoglicemiei sau preeclampsiei; – pot exista cauze oculare sau neurologice; – Evaluarea stării de nutriţie pentru anemie şi hipoglicemie, greţuri şi vărsături frecvente – Evaluarea stării emoţionale (anxietăţii), a semnelor unor infecţii – Linişteşte gravida explicându-i posibilele cauze ale ameţelilor – Sfătuieşte gravida: – să se ridice încet, să stea în poziţie adecvată (culcată) până îşi revine; – să mănânce puţin şi des pentru a preveni hipoglicemia; – să evite aglomeraţiile şi spaţiile închise	– Creşte volumul circulant începând din săpt. 10-14 de sarcină şi atinge maximum în săpt. 34-36 – Anemia scade capacitatea de oxigenare de pe urma căreia suferă celula nervoasă – Compresiunea uterului asupra venei cave împiedică întoarcerea sângelui către inimă şi creier, scade tensiunea arterială – Stagnarea sângelui în extremităţi favorizează ameţelile – Hiperventilaţia, hipoglicemia, emoţiile, oboseala, infecţiile sunt cauze de ameţeli şi tulburări de echilibru.

1	2	3	4
		– să se odihnească suficient – să ia vitamine și preparate din fier	
23. PERTURBAREA SOMNULUI – manifestată prin insomnie	Gravida să folosească tehnici de combatere a insomniei – să se simtă bine, să fie odihnită.	– Asistenta face: – Evaluarea situațiilor obișnuite de odihnă (somn normal, somnolența în timpul zilei): – observarea oboselii și iritabilității – Evaluarea stării emoționale: anxietate sau depresiune – Verificarea alimentelor și băuturilor consumate. – Sfătuiește gravida: – să evite mesele copioase; – să evite stimulentele: cafea, ceai, cola înainte de culcare; – să reducă lichidele ingerate seara dar să bea în cantitate suficientă în timpul zilei; – să doarmă cu toracele ușor ridicat pentru a putea respira mai bine (să evite dispneea); – să facă o scurtă plimbare înainte de culcare; – să nu consume somnifere.	– Imposibilitatea găsirii unei poziții confortabile datorită creșterii uterului (măririi abdomenului) – Anxietatea determinată de sarcină, frica de naștere. – Nicturia tulbură somnul – Mișcările fetale pot trezi gravida – Mesele bogate înainte de culcare dau arsuri stomacale, provoacă indigestie – Crampe musculare în gambe – Dispneea
24. ACUMULARE EXCESIVĂ DE LICHIDE – manifestată prin edeme (alterarea confortului datorită creșterii volumului	Gravida să înțeleagă cauzele edemelor, să cunoască semnele toxemiei gravidice.	– Asistenta face: – Evaluarea edemelor: localizare, mărime – Evaluarea alimentației privind conținutul de sare, proteine și lichide ingerate – Evaluarea simptomelor pentru o eventuală disgravidie tardivă (proteinurie,	– Excesul de Na reține apa, favorizează edemele – Creșterea presiunii venoase

1	2	3	4
circulant și acumulării edemelor)		hipertensiune arterială, creștere în greutate, eliminare insuficientă de urină) – Liniștește gravida explicându-i că edemele pot fi favorizate de staza produsă de compresiune – Sfătuiește gravida să se odihnească mai mult, să stea culcată pe partea stângă cu picioarele ridicate – Să poarte îmbrăcăminte lejeră – Să reducă sarea din alimentație dar să nu o elimine total – Să consume proteine – Să consume o cantitate suficientă de lichide (6-8 pahare de lichide pe zi pentru a favoriza o diureză normală)	– Tulburări de circulație de întoarcere – Reducerea totală a sării din alimentație poate provoca dezechilibru Na/K – Scăderea proteinelor contribuie la reținerea apei în țesuturi.

EXERCIȚIU:

Sunteți o asistentă generalistă într-un cabinet medical unde se prezintă o doamnă, în vârstă de 34 ani. Mărturisește că este gravidă (2 luni), acuză stare generală alterată (vărsături și grețuri dimineața), nu se poate alimenta, este somnolentă. Uneori prezintă constipație.

Este îngrijorată pentru că pe sâni și față i-au apărut pete maronii, sânii o dor, uneori are înțepături și senzație de greutate.

Nu are copil (s-a căsătorit la 30 ani) și-l dorește foarte mult pe cel pe care acum îl poartă, se gândește că nu va putea ajunge până la termen...

a) Identificați riscurile și problemele.

b) Stabiliți planul de îngrijire, inspirându-vă din ghidul alăturat.

CAPITOLUL XI

PLAN DE ÎNGRIJIRE – TIP ACCIDENT VASCULAR CEREBRAL

Când asistenta ia în îngrijire un pacient ce prezintă accident vascular cerebral, care este o suferință gravă a S.N.C., determinată de modificări cerebrale cu pierderea motilității unei părți din corp asociată sau nu cu tulburări de echilibru senzitiv-senzorial și de limbaj, se pun probleme deosebite pentru întreaga echipă de îngrijire.

Tulburările de motilitate (ale funcției, motorii musculare) pot fi de diferite grade, de la pareze (diminuarea forței musculare) până la *paralizii* (dispariția totală a funcției, motorii – *plegie*), și tulburările de sensibilitate, senzoriale, sfincteriene, trofice constituie probleme pe care asistenta trebuie să le grupeze și pe baza cărora să-și întocmească planul de îngrijire, parte componentă a dosarului de îngrijire.

Planurile de îngrijire întocmite pentru un bolnav cu accident vascular cerebral vin ca o completare la capitolul „*Accidente vasculare cerebrale*“ (prezentat în Urgențe medico-chirurgicale – sinteze pentru cadre medii, autor: Lucreția Titircă) în care autoarea face referiri la: cauze, simptomatologie în funcție de etiologie, conduita de urgență și conduita în spital.

Planul de îngrijire tip este un plan prestabilit *pentru un grup de bolnavi ale căror probleme* sunt previzibile, dar în același timp individualizate tocmai prin multitudinea problemelor specifice pe care le pune această categorie de bolnavi.

Planurile de îngrijire tip prezentate sunt numai pentru o parte din problemele de îngrijire pe care le ridică bolnavul cu accident vascular cerebral.

Plan de îngrijire
Accident vascular cerebral (A.V.C.)

DIAGNOSTIC DE ÎNGRIJIRE ACTUAL SAU POTENȚIAL*	OBIECTIVE	ACȚIUNILE ASISTENTEI PROPRII ȘI DELEGATE	EVALUARE
Alterarea comunicării verbale Cauze: – dificultatea de a vorbi – afazie – diminuarea auzului	Bolnavul să comunice cu echipa de îngrijire și cu familia (non verbal și/sau verbal) pentru a-și exprima nevoile esențiale	– Evaluează capacitatea bolnavului de a vorbi, citi și scrie – Vorbește lent cu pacientul – Formulează întrebări la care bolnavul poate răspunde prin „da“ sau „nu“ sau prin semne caracteristice – Folosește la nevoie alte mijloace de comunicare – Încurajează bolnavul să vorbească și ori de câte ori este nevoie, îl laudă pentru eforturile depuse – Informează și educă familia privind alterarea comunicării verbale cu pacientul	– Bolnavul se face înțeles: – non-verbal – verbal – bolnavul se simte mai puțin frustrat în nevoia de comunicare
Alimentația inadecvată: deficit Cauze: – dificultate în masticație – dificultate de deglutiție – aport insuficient de alimente	Pacientul să primească alimente care să corespundă din punct de vedere calitativ și cantitativ	– Evaluează capacitatea de deglutiție înainte de a începe alimentația per os – Ridică capul bolnavului și asigură rotația de partea sănătoasă în timp ce acesta mănâncă – Servește alimente ușor de înghițit (moi, paste) și la o temperatură adecvată – Diversifică alimentele în funcție de gustul bolnavului, ținând cont de boală	– Se urmărește curba ponderală – Se informează medicul dacă se observă scăderea în greutate

* Cauza principală a tuturor problemelor este A.V.C. asupra cărora asistenta nu poate acționa. De aceea, în elaborarea diagnosticului de îngrijire s-a menționat manifestarea de dependență

1	2	3	4
		– Stabilește timpul necesar pentru mese – Planifică timpul de odihnă – Încurajează bolnavul să folosească protezele dentare(când este cazul) – Oferă bolnavului lichidele cu paharul, cana, umplute pe jumătate, cana cu cioc sau tubul de plastic – Alimentează bolnavul pe sondă sau perfuzie în funcție de prescripțiile medicale – Bolnavul primește un supliment bogat în calorii, proteine și vitamine, cu avizul medicului	
Alterarea mobilității fizice Cauze: – deficit motor și senzorial – diminuarea forței musculare	Pacientul să atingă o autonomie maximală în deplasare în funcție de gravitatea paraliziei	– Așază membrele pacientului în poziție funcțională – Mobilizează pasiv pacientul de „n“ ori pe zi – Mobilizează activ pacientul numai dacă starea acestuia o permite – Încurajează pacientul să se mobilizeze în pat (dacă poate) – Învață pacientul cum să se așeze la marginea patului – Încurajează mersul când este posibil și anticipează ajutorul de care poate avea nevoie pacientul – Învață pacientul cum să folosească anumite mijloace pentru deplasare (fotoliu rulant, bastonul)	– Se evaluează: – Reluarea progresivă a mobilității – Fortificarea treptată a musculaturii

1	2	3	4
		– Stabilește un program în care să alterneze perioadele de odihnă și de activitate – Continuă activitățile de kinetoterapie – Încurajează pacientul (îl stimulează verbal) pentru progresele obținute de la zi la zi ***NOTĂ:*** Pacientul imobilizat la pat, poate prezenta complicații respiratorii, tromboembolice etc....și pentru fiecare în parte se pot întocmi planuri de îngrijire	
Lipsa autonomiei în îngrijirile personale (incapacitatea de a se spăla parțial sau total): – alimenta – îmbrăca – duce la toaletă Cauze: – deficit motor – lipsa de coordonare a mișcărilor – atrofie musculară	Pacientul să-și dezvolte capacitatea pentru: – a se hrăni singur – a se îmbrăca singur – a se spăla singur – a folosi singur toaleta în termen de... zile (săptămâni)	– Încurajează pacientul să mănânce degajat, cantități mici și mestecând bine – Ajută pacientul să-și pregătească alimentele (tăiere, pasare etc.) – Educă pacientul să practice o bună igienă bucală – Alege cu pacientul o îmbrăcăminte adecvată și ajută pacientul să se îmbrace – Programează efectuarea îngrijirilor (toaletă parțială sau totală) în colaborare cu pacientul – Manifestă multă înțelegere și răbdare cu pacientul, asigurându-i intimitatea pentru toaletă – Deservește pacientul cu bazinetul, la nevoie asigurându-i o poziție confortabilă – Pune bazinetul și urinarul la îndemâna pacientului	– Pacientul descrie factorii care-i limitează autonomia – Pacientul mănâncă cu minimum de ajutor – Pacientul se spală și se îmbracă parțial – Pacientul acceptă să ceară ajutorul cuiva pentru a-l conduce la toaletă – Pacientul este optimist chiar dacă obține rezultate limitate – Pacientul arată un interes crescut pentru îngrijirile personale

1	2	3	4
		– Dotează pacientul cu diferite materiale auxiliare pentru a-i favoriza maximum de autonomie și-l învață să le folosească – Respectă perioadele de odihnă ale pacientului – Observă integritatea tegumentelor și mucoaselor în timpul efectuării diferitelor tehnici de îngrijire – Încurajează (felicită) pacientul pentru ceea ce a îndeplinit – Educă anturajul în raport cu nevoile pacientului – Însoțește pacientul la toaletă, dacă starea acestuia o permite și numai cu avizul medicului	
Alterarea concepției despre sine Cauze: – modificarea imaginii corporale – pierderea unei funcții fizice – sentiment de devalorizare	Pacientul să accepte modificarea imaginii sale corporale	– Dă pacientului posibilitatea să-și exprime sentimentele și temerile sale față de problemele legate de înfățișarea sa – Ajută pacientul să identifice resursele și punctele sale forte pentru a depăși situația – Învață pacientul să accepte ajutorul altor persoane – Solicită pacientul să coopereze la îngrijirile ce i se dau, felicitându-l pentru progresele făcute – Discută cu pacientul asupra unui eventual handicap, ținând cont de nivelul său de pregătire	– Pacientul are încredere în forțele sale, fapt ce-l va ajuta să depășească handicapul – Pacientul acceptă imaginea sa corporală și speră că va reveni la statutul său social pe care l-a avut înaintea accidentului (reintegrarea în familie, la locul de muncă, relațiile cu prietenii etc.)

1	2	3	4
		– Clarifică cu pacientul unele informații eronate, primite accidental, privind handicapul său – Evită criticarea pacientului, dar și supraprotecția	
Riscul alterării dinamicii familiale Cauze: – modificările fizice, psihice și sociologice legate de boală	Pacientul și familia să se adapteze situației nou create legate de boală	– Identifică resursele psihice ale pacientului – Dă explicații familiei, prietenilor, asupra comportamentului pacientului și-i previne în legătură cu reacțiile emoționale determinate de boală – Încurajează familia să viziteze pacientul și să comunice cu el – Dă familiei posibilitatea de a-și exprima părerile și o solicită în îngrijirile acordate pacientului – Educă familia să creeze un mediu ambiant plăcut pentru pacient la domiciliu (după externare) – Pregătește familia pentru a recunoaște semnele de deprimare, îngrijorare și manifestările de dependență	– Intervenția familiei face ca pacientul să facă față nevoilor fizice, psihice și să-și îndeplinească nevoile spirituale – Familia încurajează pacientul comunicând deschis și eficace cu el
Riscul alterării integrității pielii Cauze: – imobilizare – lipsă de cunoștințe	Pacientul să-și păstreze tegumentele integre	– Explică pacientului consecințele posibile ale imobilizării și măsurile de prevenire luate – Previne apariția escarelor prin folosirea colacului de cauciuc – Schimbă poziția pacientului (dacă este posibil) din 2 în 2 ore	– Absența alterării integrității pielii

1	2	3	4
		– Supraveghează punctele de presiune pentru depistarea eventualelor eroziuni – Masează tegumentele bolnavului – Antrenează pacientul la schimbările de poziţie pe cât este posibil – Dacă pacientul este inconştient îi controlează frecvent pielea şi asigură păstrarea în permanenţă a lenjeriei de corp şi de pat, curate şi uscate – Menţine în condiţii de perfectă igienă organele genitale şi regiunile învecinate – Educă pacientul privind importanţa unei alimentaţii şi a unei hidratări de bună calitate	
Riscul de accident (cădere, rănire) Cauze: – deficit motor şi senzorial – alterarea conştienţei	Pacientul să înţeleagă măsurile de securitate luate pentru a preîntâmpina căderea din pat, rănirea	– Explică pacientului (în funcţie de starea de conştienţă) riscurile unor accidente şi măsurile luate pentru a-l proteja – Amenajează mediul înconjurător pentru a evita căderea (protejează patul cu bare) – Învaţă pacientul să ceară ajutor pentru a se ridica, da jos din pat etc. – Asigură accesul bolnavului la butonul pentru activarea soneriei	– Absenţa căderii – Confirmarea pacientului că a înţeles măsurile de securitate luate

ANEXE

ANEXA NR. 1

FUNCȚIILE ȘI ATRIBUȚIILE NURSEI

Funcțiile nursei derivă direct din rolul nursing-ului în societate.

Aceste funcții sunt universale și rămân constante, indiferent de locul (casă, spital, fabrică, școală, clinică de îngrijire primară etc.), de timpul în care îngrijirea de nursing este acordată, de statutul de sănătate a individului sau a grupului ce este îngrijit, ori de resursele disponibile.

Aceste funcții sunt:

(1) Evaluarea necesităților individului, ale familiei sau ale comunității pentru îngrijirea de nursing și identificarea și coordonarea resurselor disponibile pentru a preîntâmpina aceste nevoi.

(2) Clasificarea necesităților pe priorități; planificarea și acordarea îngrijirilor de nursing necesare.

(3) Evaluarea rezultatelor intervențiilor de nursing din punctul de vedere al clientului, al personalului de nursing implicat și al sistemului în cadrul căruia este acordată îngrijirea.

(4) Documentarea referitoare la toate aspectele privind interacțiunea client – nursă și folosirea informației astfel furnizate, pentru a evalua și îmbunătăți îngrijirea prin nursing, educația nurselor și administrarea serviciilor de nursing.

(5) Acordarea de ajutoare în definirea standardelor etice și profesionale care ghidează educația personalului de nursing, practicarea nursing-ului, administrarea serviciilor de nursing și cercetarea în nursing, precum și în ce privește dezvoltarea responsabilității în aplicarea acestora.

(6) Implicarea persoanei şi – unde este cazul – a familiei în toate aspectele de îngrijire, încurajând participarea comunităţii; dezvoltarea capacităţii de autoîngrijire şi de autosprijinire în toate problemele legate de sănătate.

(7) Identificarea domeniilor pentru cercetare sau studii speciale, pentru îmbogăţirea cunoştinţelor; dezvoltarea aptitudinilor şi tehnologiei în asistenţa socială, practica de nursing, educare şi/sau administrare, ca şi în efectuarea cercetărilor/studiilor de nursing ce se cer.

(8) Educarea personalului de nursing şi contribuţia la instruirea altor persoane pentru probleme de sănătate, ca şi a personalului auxiliar.

(9) Educaţia pentru sănătatea populaţiei.

(10) Evaluarea necesităţilor personale pentru reciclare şi/sau pentru educaţia avansată şi satisfacerea acestor necesităţi.

(11) Administrarea serviciilor de nursing (planificare, organizare, conducere şi evaluare), ca o componentă integrală a serviciilor de sănătate în general.

(12) Colaborarea privind dezvoltarea şi evaluarea serviciilor de sănătate ca un tot.

(13) Dereglarea activităţilor de nursing şi a sarcinilor personalului auxiliar şi sprijinirea acesteia în munca sa.

(14) Supravegherea şi controlul mediului ambiant pentru a asigura un cadru de muncă sigur, armonios, productiv şi terapeutic.

(Din *„Dezvoltarea nursei generaliste"*, Raport la reuniunea OMS, Copenhaga, 6-9 februarie 1990).

Responsabilităţile nursei

„Nursa – deci, practicanta profesionistă a nursingului – acceptă responsabilitatea şi exercită autoritatea necesară pentru acordarea directă de îngrijiri specifice persoanelor, familiilor, grupurilor şi comunităţilor.

Nursa este o practicantă autonomă a nursingului, gata să răspundă pentru îngrijirile pe care le acordă.

Nursa este vitală pentru echipa de îngrijire a sănătăţii. Ea are şi o responsabilitate în a-şi evalua propriile nevoi de reînnoire şi reactualizare a activităţii profesionale în management, predare, practică clinică şi cercetare şi în a lua măsurile corespunzătoare pentru preîntâmpinarea acestor nevoi".

(Din *„Misiunea şi funcţiile nursei"*, Sănătate pentru toţi – Seria Nursing, No.2, OMS, Copenhaga, 1991).

LISTA DE POBLEME CU MANIFESTĂRILE DE DEPENDENȚĂ CORESPUNZĂTOARE FIECĂREI NEVOI

După modelul conceput de Virginia Henderson

Extras din „Répertoire des diagnostics infirmiers selon V. Henderson"

Nevoia	Probleme	Manifestări de dependență
1	2	3
1. A respira	a) Alterarea vocii	– Afonie – Voce răgușită – Stingerea vocii – Voce răgușită, aspră
	b) Dispnee	– Apnee – Bradipnee – Cianoza buzelor, unghiilor, tegumentelor – Tăierea respirației (gâfâială) – Modificarea amplitudinii respirației superficială sau profundă – Senzație de sufocare – Tahipnee – Tiraj supra sau substernal
	c) Obstrucția căilor respiratorii	– Dificultate sau incapacitate de a respira – Secreții dense sau abundente ori ambele – Tuse: uscată, frecventă, persistentă, quintoasă
2. A bea și a mânca	a) Alimentație exagerată cantitativ și calitativ	– Bulimie – Hidratare exagerată cantitativ și calitativ (alcool, cafea, ceai) – Ingestie de alimente ce depășesc nevoile organismului – Ingestie de lichide ce depășesc nevoile organismului – Greutate peste normal – Polifagie
	b). Alimentație insuficientă cantitativ și calitativ	– Hidratare insuficientă cantitativ și calitativ – Inapetență – Ingestie de alimente ce nu satisfac nevoile organismului – Ingestie de lichide ce nu satisfac nevoile organismului – Greutate inferioară normalului
	c). Dificultate sau incapacitate de a se alimenta și a se hidrata	– Dificultatea de a înghiți – Dificultatea de a digera – Dificultatea de a mesteca – Incapacitatea de a folosi ustensilele pentru a se alimenta

1	2	
	d) Dificultate sau refuz de a urma dieta	– Băutul lichidelor interzise – Mâncatul alimentelor interzise – Omisiuni ale meselor – Mese neechilibrate
	e) Greţuri sau vărsături sau ambele	– Efort pentru a voma – Hematemeză – Regurgitaţie – Vărsături alimentare biliare sau cu mucozităţi
3. A elimina	f) Refuz de a se alimenta sau hidrata ori ambele	– Nu vrea să bea nici un lichid – Nu vrea să mănânce nici o mâncare
	a) Constipaţia	– Absenţa scaunului de mai multe zile – Balonare – Crampe abdominale – Dificultate în a defeca – Fecalom – Scaune tari şi puţin frecvente – Temesme
	b) Deshidratare	– Dezorientare mentală – Letargie (inactivitate totală) – Greţuri – Oligurie – Pierdere în greutate – Uscăciunea pielii şi a mucoaselor – Tahicardie – Urină de culoarea chihlimbarului – Vărsături – Sete
	c) Diaforeza	– Transpiraţii abundente: axilă, abdomen, frunte sau alte părţi ale corpului
	d) Diaree	– Colici abdominale – Coloraţie anormală a scaunului – Crampe abdominale – Scaune lichide şi frecvente (a specifica)
	e) Scurgeri menstruale sau vaginale neadecvate cantitativ şi calitativ	– Amenoree – Crampe abdominale – Dismenoree – Menoragie – Metroragie – Pierderi şi scurgeri vaginale (a se specifica coloraţia, mirosul, cantitatea)
	f) Eliminarea urinară insuficientă cantitativ şi calitativ	– Dificultatea de a urina – Durere la micţiune – Retenţie urinară – Urina tulbure sau concentrată

1	2	3
	g) Incontinență de fecale sau urină sau ambele	– Pierderi involuntare de materii fecale – Pierderi involuntare de urină – Enurezis
4. A se mişca şi a menține o bună postură	a) Alterarea ritmului cardiac și a circulației	– Bradicardie – Edeme ale țesuturilor (localizare, caracteristici) – Palpitații – Piele rece sau piele caldă – Piele cianozată, palidă, roşie – Furnicături şi amorțirea extremităților – Tahicardie
	b) Hiperactivitate	– Limbaj precipitat – Manie – Mişcări repezite şi frecvente – Vorbire multă
	c) Imobilitate	– Absența activităților fizice – Crampe musculare – Dificultatea sau incapacitatea de a se mobiliza, a se spăla, a se aşeza, a merge – Limitarea amplitudinii mişcărilor – Restricția mobilității
	d) Necoordonarea mişcărilor	– Dificultatea de a trece din poziția „în picioare" în poziția „aşezat" – Tremurături ale capului sau ale membrelor
	e) Postură neadecvată	– Dificultatea de a rămâne în poziție funcțională – Aliniere greşită a membrelor – Poziție neadecvată (chircită) – A sta jos timp îndelungat – A sta în picioare timp îndelungat
	f) Refuzul de a face activități	– Nu participă la nici o activitate – Nu vrea să facă nici un exercițiu – Reticență în a încerca să efectueze mişcări
5. A dormi şi a se odihni	a) Dificultatea sau incapacitatea de a se odihni	– Ore de odihnă insuficiente – Nu-şi acordă nici o perioadă de odihnă – Cantitate necorespunzătoare de odihnă
	b) Epuizare	– Descurajare – Agresivitate – Slăbire – Apatie – Astenie – Bradicardie – Aspect palid – Slăbiciune – Oboseală

1	2	3
		– Hipertensiune – Nelinişte – Iritabilitate – Plictiseală – Reacţii psihosomatice – Ochi încercănaţi
	c) Insomnia	– Dificultatea de a dormi – Ore insuficiente de somn – Trezire frecventă – Trezire timpurie – Somn agitat
6. A se îmbrăca şi a se dezbrăca	a) Neîndemânarea de a-şi alege hainele potrivite	– Dezinteres faţă de ţinuta vestimentară – Port de haine neadecvate – Refuzul de a se îmbrăca şi a se dezbrăca sau ambele
	b) Neîndemânarea de a se îmbrăca şi dezbrăca	– Dezbrăcare frecventă sau continuă sau ambele – Dificultatea de a-şi păstra hainele curate – Dificultatea de a se îmbrăca şi dezbrăca
7. A menţine temperatura corpului în limite normale	a) Hipertermia	– Diaforeză (transpiraţii abundente) – Creşterea temperaturii peste limitele normalului – Frisoane – Piele roşie şi fierbinte
	b) Hipotermia	– Piele de „găină" – Scăderea temperaturii sub limitele normalului – Amorţeli sau furnicături ale extremităţilor sau ambele
8. A fi curat, îngrijit şi a-şi proteja tegumentele	a) Alterarea tegumentelor şi mucoaselor	– Cruste – Eriteme – Escare – Necroză – Plagă – Pustule – Roşeaţă – Uscăciune – Ulceraţie
	b) Dezinteres faţă de măsurile de igienă	– Neglijarea îndeplinirii îngrijirilor de igienă – Nu se spală – Nu se piaptănă – Refuzul de a îndeplini regulile îngrijirilor de igienă
	c) Dezinteres faţă de înfăţişarea sa	– Neglijarea înfăţişării sale – Refuzul de a se ocupa de înfăţişarea sa – Ţinută neglijentă, neîngrijită

1	2	3
	d) Dificultatea sau incapacitatea de a urma prescripţiile îngrijirilor de igienă	– Nu poate să urmeze prescripţiile de igienă: să se spele, să se pieptene, să-şi spele dinţii, să-şi îngrijească unghiile
9. A evita pericolele	a) Anxietatea	– Agitaţie – Anticiparea evenimentelor negative – Frica – Bulversare (tulburare) – Bulimie – Temeri – Diaree – Facies crispat – Hiperventilaţie – Nelinişte – Insomnie – Mişcări excesive – Nervozitate – Palpitaţii – Preocupări – Surescitare – Transpiraţie – Tremurături – Voce tremurătoare
	b) Durerea	– Creşterea sau micşorarea ritmului respirator – Ţipăt, strigăt – Transpiraţii abundente – Hipotensiune sau hipertensiune – Dilatarea pupilelor – Facies crispat – Gemete – Iritabilitate – Mişcări continui – Plângeri, văicăreli – Plânsete – Tahicardie – Tahipnee
	c) Stare depresivă	– Apatie – Astenie – Slăbiciune – Idei pesimiste – Inapetenţă – Oboseală, plictiseală – Lipsă de interes – Reacţii psihosomatice – Tristeţe

1	2	3
	d) Pierderea stimei de sine	– Idei pesimiste – Incapacitatea de a lua decizii – Lipsa încrederii în sine – Reacții psihosomatice – Sentiment de inferioritate – Sentiment de devalorizare
	e) Pierderea imaginii despre sine	– Perceperea negativă a propriului corp și a funcțiilor sale – Reacții psihosomatice – Sentiment de frustrare
	f) Pierdere-separare	– Etape ale doliului: negație, furie, tocmeală, ezitare, depresie, acceptare – Plânsete – Reacții de doliu anticipat – Reacții psihosomatice – Sentiment de culpabilitate, de tristețe, de gol (vid)
	g) Frica (teama)	– Teamă nedeslușită – Temeri – Spaimă, groază – Panică – Reacții psihosomatice – Teroare
	h) Probabilitatea atingerii integrității fizice	– Consum excesiv de medicamente și droguri – Infidelitate față de tratament – Risc de accident – Risc de alergie (a specifica) – Risc de infecție sau inflamație sau ambele – Risc de intoxicație medicamentoasă – Risc de cădere sau rănire – Risc de complicații – Risc de violență față de alții – Risc de violență față de propria persoană
	i) Probabilitatea atingerii integrității psihice	– Incapacitatea de a face față agenților stresanți – Răspunsuri fizice: hipertensiune, tahicardie, transpirație etc. – Răspunsuri psihice: neliniște, neîncredere, ambivalență – Reacții de apărare față de atitudinile și comportamentele altora: exasperare, frustrare, negativism, raționalizare, respingere, violență
10. A comunica cu semenii	a) Comunicare ineficientă la nivel senzomotor	– Dificultatea de a auzi – Dificultatea de a vorbi

1	2	3
		– Dificultatea de a vedea – Afazie – Bâlbâială – Dizartrie – Incapacitatea de a percepe prin pipăit – Incapacitatea de a vorbi
	b) Comunicare ineficace la nivel intelectual	– Dificultatea de a-şi exprima ideile şi părerile – Dificultatea de a se concentra – Dificultatea de a înţelege – Incoerenţă în asocierea ideilor – Neabilitate în formarea frazelor – Limbaj incoerent – Logoree
	c) Comunicare ineficace la nivel afectiv	– Apatie – Euforie – Neîncredere – Contact neadecvat cu realitatea – Dificultatea de a stabili legături semnificative – Dificultatea de a-şi exprima sentimentele, dorinţele, emoţiile – Dificultatea de a se exprima – Dificultatea de adaptare la sexualitate – Insatisfacţie faţă de sexualitate – Mutism – Plâns frecvent – Căutare intensă a atenţiei sau a afecţiunii – Închidere în sine sau retragere
	d) Confuzie	– Absenţa sau diminuarea interacţiunii cu alţii – Dificultatea în a recunoaşte persoane, a percepe timpul, spaţiul – Pierderea controlului asupra mediului fizic şi uman
	e) Singurătate	– Absenţa scopului în viaţă – Aparenţă tristă – Expresia sentimentelor de singurătate şi respingere – Izolarea de anturaj şi de mediu – Izolarea de persoanele semnificative – Lipsă de interes
11. A acţiona după credinţele şi valorile sale	a) Culpabilitate	– Amărăciune – Autoacuzare – Autopedepsire – Mania de a se scuza inutil – Manifestarea mâniei faţă de Dumnezeu

1	2	3
		– Perceperea bolii ca o pedeapsă – A-şi face reproşuri – Sentimentul că este nedemn
	b) Dificultatea de a acţiona după credinţele şi valorile sale	– Amărăciune – Supunere la un regim – Supunere (înrobire) la acţiuni contrare credinţelor şi valorilor sale – Supunere la un tratament nedorit – Supunere la o medicaţie – Frustrare în faţa atitudinii altora
	c) Dificultatea de a participa la activităţi religioase	– Incapacitatea de a desfăşura practici religioase – Incapacitatea de a citi documente religioase – Incapacitatea de a participa la activităţile grupului religios de care aparţine – Incapacitatea de a-şi practica religia – Incapacitatea de a urma cerinţele religiei sale
	d) Nelinişte faţă de semnificaţia propriei existenţe	– Preocupare faţă de credinţele şi valorile sale – Preocupare faţă de semnificaţia suferinţei – Grija faţă de sensul vieţii şi a morţii
12. A fi ocupat în vederea realizării	a) Devalorizarea	– Incapacitatea de a răspunde aşteptărilor altora – Incertitudine în ceea ce priveşte propria valoare – Sentiment de incompetenţă – Sentiment de respingere de către ceilalţi
	b) Dificultatea de a-şi asuma roluri sociale	– Incapacitatea de a se ocupa de dependenţi – Incapacitatea de a-şi îndeplini funcţiile legate de un rol social (a specifica) – Sentimentul de eşec
	c) Dificultatea de a se realiza	– Incapacitatea de a îndeplini activităţi privilegiate – Incapacitatea de a îndeplini acţiuni însemnate – Incapacitatea de a-şi termina proiectele – Sentimentul de a fi incomodat de constrângeri – Sentimentul de inutilitate
	d) Neputinţa	– Dificultatea de a se implica într-un rol ales sau impus – Dificultatea sau incapacitatea de a controla evenimentele – Dificultatea sau incapacitatea de a lua decizii – Incapacitatea de a rezolva problemele – Refuzul ajutorului necesar
13. A se recrea	a) Dezinteres în a îndeplini activităţi recreative	– Diminuarea mijloacelor de interes – Neparticiparea la activităţi recreative – Refuzul de a participa la activităţi recreative

1	2	3
	b) Dificultatea sau incapacitatea de a îndeplini activităţi recreative	– Dificulatea de a se concentra în timpul unei activităţi recreative – Incapacitatea de a îndeplini o activitate avantajoasă (privilegiată)
14. A învăţa	a) Dezinteres în a învăţa	– Lipsă de interes de a învăţa – Neperceperea (neînţelegerea) necesităţii de a învăţa – Refuzul de a învăţa şi de a şti (a cunoaşte)
	b). Dificultatea de a învăţa (a se instrui)	– Dificultatea de a înţelege informaţia – Incapacitatea de a-şi aminti informaţia – Interpretare proastă (rea) a informaţiei – Performanţe neadecvate în comportamente
	c). Cunoştinţe insuficiente	– Cerere de informaţie – Cunoştinţe insuficiente asupra bolii, a măsurilor de prevenire, a diagnosticului medical, a tratamentului, a convalescenţei, a satisfacerii nevoilor sale.

SURSE DE DIFICULTATE

Extras din „Répertoire des diagnostics infirmiere selon V. Henderson"

1. Surse de ordin fizic

– Agresiunea sexuală.
– Alimentaţie şi hidratare insuficiente.
– Alimentaţie săracă în reziduuri.
– Zăcutul la pat.
– Alergeni: păr, pene, polen, praf.
– Alergie alimentară.
– Alterarea mucoasei anale.
– Alterarea tegumentelor, arsuri.
– Alterarea tegumentelor membrelor superioare: răniri, arsuri.
– Alterarea gustului şi mirosului.
– Anchiloză (a specifica locul).
– Atrofie musculară (a specifica locul).
– Dificultate neurologică.
– Automutilare.
– Bufeuri de căldură.
– Schimbarea obiceiurilor alimentare.
– Constipaţie.

Constrângeri fizice: atelă, bandă abdominală, toracică, corset ghipsat, pansament, perfuzie, ghips, proteză, tracţiune, tub.

– Deficit auditiv, vizual, olfactiv, tactil.
– Deficit de producere a urinii.
– Deformarea articulaţiei mâinilor.
– Deformarea extremităţilor membrelor.
– Dezgust alimentar.
– Dependenţă la nivel de nevoi (a specifica).
– Neplăceri legate de un tratament.
– Dezechilibru electrolitic, endocrin, metabolic.
– Deshidratare.
– Transpiraţii profuze.
– Digestie laborioasă.
– Diminuarea capacităţii pulmonare sau toracice, sau ambele.
– Diminuarea masticaţiei.
– Diminuarea motricităţii.
– Diminuarea salivei.
– Diminuarea sensibilităţii tactile.
– Diminuarea debitului urinar.
– Diminuarea peristaltismului.
– Diminuarea sistemului imunitar.
– Diminuarea tonusului muscular.
– Diminuarea procesului de eliminare a medicamentelor şi drogurilor.
– Diminuarea sau absenţa refluxului de deglutiţie.

– Diminuarea sau pierderea unei funcţii.
– Efect secundar al unei medicaţii, al unui tratament.
– Efort fizic: strănut, tuse.
– Efort fizic: exagerat.
– Străpungere dentară (dinţi îmbrăcaţi).
– Epuizare.
– Ameţeală.
– Slăbiciune.
– Slăbirea musculaturii abdominale.
– Foame exagerată.
– Oboseală.
– Frigiditate.
– Îmbrăcăminte insuficientă.
– Obiceiuri alimentare deficitare: alimente bogate în calorii, grăsimi, sare, masă grea.
– Obiceiuri de hidratare deficitare: alcool, băuturi gazoase.
– Obiceiuri neadecvate de igienă.
– Hiperactivitate.
– Hiperclorhidrie (hiperaciditate gastrică)
– Hipersensibilitate cutanată.
– Hipertermie.
– Imobilitate.
– Imobilitatea articulaţiei: inflamaţie, edem.
– Neputinţă.
– Incapacitatea de a bea singur.
– Incapacitatea de a procura sau a prepara alimente, conform dietei.
– Incapacitatea de a procura sau a prepara o alimentaţie echilibrată.
– Incomoditatea.
– Inconştienţă.
– Incontinenţă urinară sau de fecale, ori ambele.
– Necoordonarea mişcărilor.
– Inflamaţia gâtului.
– Inflamaţie sau iritaţie (ori ambele) a mucoasei uterine, vaginale.
– Inflamaţie sau ulceraţie (ori ambele) a cavităţii bucale, a mucoasei gastro-intestinale, a căilor digestive.
– Ingestia de alimente acide, grase, picante.
– Ingestia de alimente fermentabile.
– Ingestia de alimente alterate.
– Ingestia de lichide în cantitate prea mare: alcool, cofeină.
– Ingestia de lichide fermentate sau fierbinti.
– Ingestia de alimente în cantitate prea mare.
– Ingestia prea rapidă de alimente sau lichide.
– Neîndemânarea de a utiliza un aparat: cârjă, baston, scaun rulant.
– Alimentaţie insuficientă.
– Mese insuficiente.
– Intoxicaţie alimentară, medicamentoasă.
– Iritarea mucoasei căilor respiratorii.
– Leziune cutanată (specificaţi locul).
– Aşternut iritant.
– Slăbire.

- Malformaţie congenitală (a specifica).
- Malformaţie a membrelor superioare, a degetelor, a picioarelor (labe).
- Murdărie.
- Lipsa exerciţiilor fizice.
- Lipsa calciului.
- Lipsa controlului sfincterelor.
- Masticaţie insuficientă.
- Dentiţie rea: (dinţi cariaţi, lipsuri)
- Modificarea circulatorie a funcţiei cardiace, a integrităţii căilor respiratorii, a căilor urinare.
- Negarea nevoilor altora.
- Nicturie.
- Obezitate.
- Obstruarea căilor respiratorii: corp străin; secreţii abundente sau vâscoase.
- Mirosuri dezgustătoare.
- Edeme ale membrelor (a specifica)
- Paralizie.
- Paralizie cerebrală, facială, a muşchilor, laringelui sau altora.
- Pierderea apetitului.
- Pierderea echilibrului.
- Pierderea parţială sau totală a unui membru.
- Pierderea parţială sau totală a unui organ.
- Poziţie neadecvată.
- Prezenţa hemoroizilor.
- Privare senzoro-perceptuală.
- Proces infecţios sau inflamator.
- Proces neoplazic.
- Proteze dentare neajustate.
- Proteza membrelor.
- Încetinire circulatorie.
- Mese copioase.
- Restricţia efortului în timpul defecaţiei.
- Restricţia activităţilor fizice.
- Secreţii abundente sau vâscoase, sau ambele.
- Sedentarism.
- Sete intensă.
- Spasme musculare (piloric, vezical sau altele).
- Stomie.
- Substanţe iritante (hârtie, săpun, altele).
- Transpiraţii acide, fetide.
- Supraîncărcarea senzoro-perceptuală.
- Surplus în greutate.
- Surplus de îmbrăcăminte.
- Tabagism.
- Toxicomanie.
- Traumatisme.
- Vărsături.
- Travaliu (la naştere)
- Tremurături ale membrelor superioare, inferioare, ale capului.
- Uzaj abuziv de medicamente (a specifica).

2. Surse de dificultate psihologică

– Abandonarea practicilor religioase.
– Absenţa unei persoane semnificative, a unui animal, a unui obiect sau altele.
– Alcoolism.
– Anorexie mentală.
– Anxietate sau stres, ori ambele.
– Şoc emoţional intens.
– Teama de a deveni obez.
– Plictiseală.
– Idei de suicid.
– Incapacitatea de a face faţă realităţii.
– Nelinişte faţă de diagnostic, tratament, procedurile de diagnostic.
– Lipsa interesului (a specifica).
– Lipsa de încredere în sine.
– Mecanism de compensaţie.
– Ameninţarea conceptului de sine.
– Nervozitate.
– Neacceptarea bolii.
– Pierderea stimei de sine.
– Pierderea propriei imagini (amputaţie, obezitate, stomie, altele).
– Pierderea libertăţii de acţiune.
– Pierdere – separare (doliu, divorţ, slujbă, altele).
– Frică (a specifica).
– Preocupare (a specifica).
– Respingere.
– Singurătate.
– Tulburări ale gândiii: agitaţie, agresivitate, furie, confuzie, delir, dezorientare, halucinaţii, hiperactivitate, iritabilitate, manie, obsesie, pierderea memoriei, fobie.

3. Surse de dificultate sociologică

– Absenţa prezenţei persoanelor semnificative.
– Absenţa locurilor sau mjloacelor de a practica religia.
– Atitudine defavorabilă a anturajului: lipsa de respect, presiuni sociale.
– Schimbarea bruscă a temperaturii ambiante.
– Schimbarea modului de viaţă şi a climatului.
– Condiţii de muncă neadecvate.
– Credinţe culturale diferite faţă de sănătate.
– Dezorganizarea mediului familial.
– Anturaj şi mediu necunoscut.
– Mediu neadecvat: umiditate, uscăciune, temperatură, căldură, frig, climatizare, vânt, zgomot, lumină, poluare, mirosuri şi altele.
– Evenimente ameninţătoare: anestezie, barieră lingvistică, spitalizare, intervenţie chirurgicală, boală, tratament altele.
– Exigenţe socio-culturale: alăptare, ocupaţie, tratament etc.
– Expunere prelungită la cald, frig, umiditate.
– Obiceiuri alimentare, culturale ori familiale sau ambele, diferite sau deficitare.

- Imposibilitatea de a urma dieta la serviciu.
- Neadaptarea culturală.
- Stimuli insuficienţi.
- Insuficienţa resurselor financiare, familiale, sociale sau altele.
- Izolare.
- Murdărie în closete.
- Lipsa activităţilor distractive în jur.
- Lipsa intimităţii.
- Lipsa de acces la closet.
- Neadaptarea la un rol: convalescent, bolnav, părinte, pensionar, muncitor etc.
- Nerespectarea obiceiurilor de eliminare.
- Promiscuitate.
- Supraîncărcare de stimuli.
- Surplus de muncă.
- Protecţie exagerată.

4. Surse de dificultate legate de lipsa de cunoştinţe

Insuficienta cunoaştere a:
- unei alimentaţii adecvate;
- autoadministrării medicamentelor;
- autocontrolul durerii;
- efectului produselor farmaceutice;
- mediului neadecvat;
- ignorării surselor de informaţie;
- importanţei de a fi informat;
- importanţei hidratării;
- utilizării unui aparat: baston, cârjă, scaun rulant, proteză;
- utilizării medicamentelor;
- neînţelegerii informaţiei;
- cantităţii şi calităţii lichidelor necesare;
- semnificaţiei atitudinii altora;
- situaţiei;
- noilor mijloace de comunicaţie;
- felul de a învăţa;
- activităţilor recreative disponibile;
- alimentelor permise, interzise şi a substituenţilor dietei;
- alergenilor;
- nevoilor organismului;
- efectelor benefice a activităţi fizice;
- efectelor anumitor alimente şi lichide asupra inimii şi a vaselor;
- exerciţiilor musculare;
- exerciţiilor respiratorii;
- îndemânării de a se îmbrăca şi dezbrăca;
- măsurilor de igienă;
- măsurilor de prevenire a frigului;

– măsurilor de prevenire a diareei;
– mijloacelor de prevenire (a specifica);
– mijloacelor de repaus şi destindere;
– mijloacelor de rezolvare a problemelor;
– mijloacelor de a se realiza;
– mijloacelor eficace de a elimina;
– mijloacelor eficace de a expectora;
– mijloacelor de favorizare a somnului;
– posturilor adecvate;
– resurselor;
– serviciilor oferite;
– sarcinilor şi funcţiilor unui rol;
– valorilor nutritive a alimentelor;
– alegerii îmbrăcămintei adecvate şi a mediului;
– controlului respiraţiei;
– controlului evenimentelor;
– ghidului alimentar.

DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE *

- Intoleranță la activitate
- Acomodare modificată-ineficace
- Anxietate
- Alterare potențială a temperaturii corpului (a termoreglării)
- Hipertermie
- Hipotermie
- Termoreglare alterată
- Alterarea eliminării intestinale
- Constipație
- Diaree
- Incontinență de fecale
- Alăptare ineficientă
- Diminuarea debitului cardiac
- Alterarea stării de confort
- Durere
- Durere acută
- Durere cronică
- Prurit
- Grețuri, vărsături
- Alterarea comunicării
- Alterarea comunicării verbale
- Adaptarea individuală ineficientă
- Adaptare ineficientă: reacție de apărare
- Adaptare ineficientă: refuz, negare
- Adaptare ineficientă în cadrul familiei: • invaliditate
- Adaptare familială: • compromisă
- Conflict decizional (specificați)
- Sindrom potențial de imobilitate
- Deficit în diversificarea activității
- Disreflexia
- Risc de disreflexie
- Alterarea dinamicii familiale (proces familial modificat)
- Oboseală
- Teamă
- Deficit de volum lichidian
- Exces de volum lichidian
- Doliu
- Doliu anticipat
- Doliu perturbat
- Alterarea procesului de creștere și dezvoltare
- Deficit în menținerea sănătății

---

*LISTE DES DIAGNOSTICS INFIRMIERS *Selon L.J. Carpenito – 1989. Traduction G. Déchanoz (Le diagnostic infirmier – Témoin du rôle propre de l'infirmiére)*

- Alterarea capacității de efectuare a activităților gospodărești
- Deznădejde
- Risc de infecție
- Risc de transmitere a infecției
- Risc de rănire
- Risc de perturbare a orientării în spațiu
- Risc de intoxicare
- Risc de sufocare
- Risc de traumatizare
- Deficit de cunoștințe (specificați)
- Diminuarea mobilității fizice
- Alterarea stării de nutriție: insuficient în raport cu nevoile organismului (subnutriție)
- Dificultate de înghițire
- Alterarea stării de nutriție: risc de exces în raport cu nevoile organismului (supraalimentație)
- Alterarea relațiilor (părinți-copii)
- Conflict legat de rolul de părinte
- Reacție post-traumatică
- Sindromul traumei violului
- Adinamie (absența puterii)
- Alterarea potențială a funcției respiratorii
- Degajare ineficientă a căilor respiratorii
- Mod ineficient de respirație
- Diminuarea schimbului de gaze
- Alterarea îndeplinirii rolului propriu
- Deficit în autoîngrijire
- Deficit al capacității de a se alimenta
- Deficit al capacității de a se spăla
- Deficit al capacității de a se îmbrăca
- Deficit al capacității de folosire a toaletei
- Deficit total în autoîngrijire
- Alterarea conceptului de sine
- Alterarea imaginii corporale
- Alterarea identității personale
- Alterarea stimei de sine
- Perturbarea cronică a stimei de sine
- Perturbarea situațională a stimei de sine
- Risc de a-și face rău
- Alterarea percepției senzoriale (vizuală, auditivă, gustativă, tactilă, olfactivă, kinestezică)
- Alterarea obișnuințelor sexuale
- Disfuncție sexuală
- Alterarea modului de somn
- Izolare socială
- Alterarea relațiilor sociale
- Suferință spirituală
- Alterarea procesului de gândire
- Alterarea integrității țesuturilor
- Alterarea integrității pielii
- Alterarea mucoasei bucale
- Alterarea perfuziei tisulare periferice
- Alterarea funcției de eliminare a urinii
- Enurezis nonpatologic al copilului
- Incontinență funcțională
- Incontinență reflexă
- Incontinență din cauză de stres
- Incontinență totală
- Incontinență prin nevoie imperioasă de a urina
- Retenție urinară
- Violență potențială (îndreptată spre sine sau spre alții).

LISTA CU DIAGNOSTICE DE ÎNGRIJIRE (PROBLEME + SURSE DE DIFICULTATE) ȘI OBIECTIVELE CORESPUNZĂTOARE FIECĂREI SITUAȚII

Extras din „Planification des soins infirmiers modèle d'interventions autonome" Louis Grondin, Rita I. Lussier, Margot Phaneuf, Lise Riopelle

NEVOIA	PROBLEME	SURSA DE DIFICULTATE POSIBILĂ	OBIECTIVE
1	2	3	4
1. A respira	a) Dificultate în eliberarea căilor respiratorii	Lipsa cunoașterii mijloacelor eficace de degajare și expectorație – Durere – Diminuarea mobilității	Ca pacientul: – Să expectoreze secrețiile în... ore – Să tușească în mod eficace în... ore – Să-și elibereze căile respiratorii cu minimum de dificultate în termen de... ore – Să-și elibereze căile respiratorii de secreții în termen de... zile
	b) Dificultatea în a respira	– Anxietate – Intoleranța la efortul fizic – Lipsa cunoașterii mijloacelor de control a alergiilor respiratorii – Lipsa cunoașterii mijloacelor de prevenire a alergiilor respiratorii – Prezența secrețiilor	– Să-și diminueze tahipneea în... minute – Să respire cu minimum de dificultate în termen de... ore... zile – Să respire fără dificultate în termen de... zile – Să aibă un ritm respirator regulat în... minute în termen de... ore... zile
2. A bea și a mânca	a) Alimentație neadecvată: deficit	– Anxietate – Durere – Stare depresivă	– Să crească în greutate... kg pe săptămână – Să consume gustări între mesele principale – Să ia suplimente nutritive de... ml/zi

1	2	3	4
		– Slăbiciune, oboseală – Lipsa de cunoaştere a alimentelor bogate în colesterol, vitamina C etc. (a specifica) – Singurătate	– Să ia trei mese echilibrate în termen de... zile – Să-şi crească aportul caloric de... kg/zi
	b) Alimentaţie neadecvată: surplus	– Anxietate – Obişnuinţe alimentare deficitare – Lipsa de cunoaştere a valorilor nutritive ale alimentelor şi nevoilor organismului – Singurătatea	– Să-şi diminueze aportul cotidian de alimente cu... calorii/zi – Să-şi diminueze aportul cotidian cu... porţii/zi – Să piardă în greutate... kg/săptămână – Să consume o cantitate de alimente în concordanţă cu nevoile sale energetice (activitate, vârstă, condiţii de viaţă) în termen de... zile – Să ia trei mese echilibrate în termen de... zile – Să-şi facă meniul zilnic pentru... zile
	c) Dificultate în a urma regimul (dieta)	– Obişnuinţe alimentare culturale diferite – Lipsa de cunoaştere a alimentelor permise sau interzise şi înlocuitorii regimului – Neacceptarea bolii	– Să-şi urmeze regimul în fiecare zi în termen de... zile – Să utilizeze substituenţii alimentari care respectă regimul său în termen... zile
	d) Dificultatea/incapacitatea în a se alimenta şi hidrata	– Slăbiciune/oboseală – Lipsa de cunoştinţe în utilizarea ustensilelor/aparatelor – Diminuarea mobilităţii	– Să se alimenteze utilizând ustensile/aparate adecvate în termen de... zile – Să consume alimente care se mănâncă cu mâinile (fructe, pâine, legume crude) la fiecare masă în termen de... zile – Să se alimenteze singur în termen de... zile – Să se hidrateze folosind ustensile/aparate adecvate în termen de... zile – Să se hidrateze singur în termen de... zile
	e) Hidratare excesivă cantitativ şi calitativ	– Anxietate – Stare depresivă	– Să bea... ml de... în... ore – Să diminueze cantitatea de... ml la ...ml în termen de ... zile

1	2	3	4
		– Lipsa de cunoaştere a efectelor nocive a anumitor lichide asupra organismului – Singurătate	– Să diminueze ingestia de lichide fără conţinut nutritiv la... ml/zi
	f) Hidratare neadecvată deficit:	– Obişnuinţa de hidratare deficientă – Lipsa de cunoaştere a nevoilor în hidratarea organismului	– Să-şi crească hidratarea la... ml/zi – Să bea.. ml de... în... ore – Să aibă mucoasele umede în termen de... zile
	g) Greţuri şi vărsături	– Anxietate – Obişnuinţe alimentare deficitare	– Să-şi diminueze greţurile în termen de... ore – Să nu mai aibă greţuri în termen de... ore – Să-şi diminueze vărsăturile în termen de... ore – Să nu mai aibă vărsături în termen de... ore
	h) Refuzul de a se alimenta şi a se hidrata	– Stare depresivă – Lipsa de cunoaştere a nevoilor în alimentaţia şi hidratarea organismului – Singurătate	– Să-şi exprime acceptul de a bea şi a mânca în termen de... zile – Să mănânce la fiecare masă o alimentaţie care să conţină o porţie din fiecare cele 4 grupe mari de alimente în termen de... zile – Să bea... ml lichide (a specifica) în ... ore
	i) Refuzul de a urma regimul (dieta)	– Obişnuinţe alimentare culturale diferite – Lipsa de cunoaştere a alimentelor permise/interzise şi a înlocuitorilor regimului (dietei) – Neacceptarea bolii	– Să ia cel puţin o masă pe zi, respectând regimul în termen de... zile – Să-şi exprime acceptul de a urma regimul în termen de... zile
3. A elimina	a) Constipaţie	– Alimentaţie neadecvată – Anxietate – Diminuarea mobilităţii – Hidratare neadecvată – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor eficace de eliminare – Lipsa exerciţiului fizic	– Să elimine un scaun moale în termen de... zile – Să aibă scaun fără dificultate în termen de... zile – Să îi dispară semnele de constipaţie

1	2	3	4
	b) Deshidratare	– Diaree – Lipsa cunoașterii nevoilor de hidratare ale organismului – Vărsături	– Să nu prezinte nici un semn de deshidratare în termen de... zile – Să aibă pielea suplă și bine hidratată în termen de... zile – Să prezinte o piele fără pliuri cutanate în termen de... zile – Să aibă mucoasele și conjunctivele umede în termen de... ore
	c) Diareea	– Anxietate – Obișnuințe alimentare deficiente – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor preventive și curative ale diareei	– Să-și diminueze scaunele diareice în termen de... zile – Să elimine un scaun de consistență normală în termen de... zile – Să se exprime că semnele de diaree au dispărut
	d) Incontinență de fecale	– Lipsa controlului sfincterului anal	– Să elimine scaunul la nevoie în bazinet – Să defece la nevoie la toaletă – Să înceteze a mai avea incontinență în timpul zilei în termen de... zile – Să înceteze a mai fi incontinent în termen de ... zile
	e) Incontinență de fecale și urină	– Lipsa controlului sfincterelor	– Să elimine scaunul în bazinet... la toaletă... la nevoie – Să urineze în bazinet... în urinar la toaletă... la nevoie – Să nu aibă incontinență în termen de... zile – Să nu mai aibă incontinență în termen de... zile
	f) Incontinență urinară	– Lipsa controlului sfincterului vezical	– Să urineze în bazinet la nevoie – Să urineze la toaletă la nevoie – Să nu mai aibă incontinență ziua în termen de... zile – Să nu mai aibă incontinență în termen de... zile

1	2	3	4
	g) Retenție urinară	– Proces infecțios/inflamator	– Să urineze ... ml/în ... ore în fiecare zi – Să-și golească vezica la fiecare micțiune în termen de... zile
4. A se mișca și a menține o bună postură	a) Circulație neadecvată	– Diminuarea mobilității – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de ameliorare a circulației	– Să prezinte puls periferic bine bătut în termen de ... zile – Să prezinte extremități calde în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea durerii în termen de ... zile – Să-și diminueze edemele membrelor inferioare cu ... cm în termen de ... zile – Să-și exprime absența durerii în termen de ... zile – Să-și exprime diminuarea senzației de greutate și de inconfort în termen de... zile
	b) Dificultate/incapacitate în a se mișca	– Durere – Oboseală/slăbiciune – Lipsa de cunoaștere a tehnicilor mobilizării	– Să stea așezat fără ajutor... minute... ore – Să se ridice singur... minute... ore – Să meargă singur cu ajutorul: – unui baston... minute... ore – unei cârje... minute... ore – unui cadru... minute... ore
	c) Edeme ale membrelor	– Circulație neadecvată – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de diminuare a edemelor	– Să-și diminueze edemele cu... cm în termen de... zile – Să nu mai prezinte edeme în termen de ...zile
	d) Refuzul de a face activități fizice	– Durere – Oboseală/slăbiciune; intoleranță la efort – Lipsa interesului	– Să-și exprime acceptul de a îndeplini anumite activități în termen de... zile – Să îndeplinească activități singur... cu ajutor... în termen de... zile – Să se ridice singur... minute... ore – Să se ridice cu ajutor ... minute... ore

1	2	3	4
			– Să meargă singur... minute... ore – Să meargă cu ajutor ... minute ... ore
5. A dormi şi a se odihni	a) Dificultate/incapacitate în a se odihni	– Anxietate – Durere – Dispnee/tuse – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de destindere	– Să-şi facă sieste de... ore pe zi – Să aibă activităţi de destindere la alegere în termen de ... zile – Să-şi exprime o stare de bine în termen de... zile
	b) Epuizare (istovire)	– Dificultate în a stăpâni stresul – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de remediere a epuizării	– Să-şi exprime diminuarea epuizării în termen de... zile – Să-i dispară epuizarea în termen de... zile – Să îndeplinească activităţi cotidiene după ritmul său şi interesele sale în termen de... zile
	c) Insomnie	– Anxietate – Durere – Stare depresivă – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de favorizare a somnului	– Să doarmă câte 20-30 minute în termen de... zile – Să doarmă ... ore fără întrerupere în termen de ... zile – Să doarmă fără treziri în termen de... zile – Să doarmnă ... ore în fiecare noapte în termen de... zile
6. A se îmbrăca şi a se dezbrăca	a) Dezinteres faţă de ţinuta vestimentară	– Confuzie – Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală	– Să-şi exprime interesul pentru a se îmbrăca în termen de... zile – Să-şi aleagă veşminte adecvate zilnic – Să se îmbrace zilnic în termen de... zile
	b) Dificultate/incapacitate în a se îmbrăca şi a se dezbrăca	– Diminuarea mobilităţii – Slăbiciune/oboseală	– Să se îmbrace/dezbrace singur în termen de... zile – Să se încalţe/descalţe singur în termen de... zile – Să-şi înoade cravata în termen de ... zile

1	2	3	4
7. A menține temperatura corpului în limite normale	a) Hipertermie	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de prevenire a efectelor căldurii – Proces infecțios/inflamator	– Să-și diminueze temperatura cu ... grade în termen de ... zile – Să prezinte o temperatură în limite normale (36,4°C axilar, 37°C bucal, 37,6°C rectal) în termen de ... zile
	b) Hipotermie	– Mediu rece (friguros)	– Să-și crească temperatura cu ... grad(e) în termen de ... zile – Să prezinte o temperatură în limite normale (36,4°C axilar, 37°C bucal, 37,6°C rectal) în termen de... zi (zile).
8. A fi curat, îngrijit și a-ți proteja tegumentele	a) Alterarea mucoasei bucale	– Deshidratare – Efectele secundare ale chimioterapiei – Lipsa de cunoaștere a îngrijirilor preventive și curative a leziunilor gurii	– Să prezinte o mucoasă bucală intactă în termen de ... zile – Să-și diminueze leziunile mucoasei bucale în termen... zile
	b) Atingerea integrității tegumentelor	– Dificultatea/incapacitatea de a se mișca – Incontinență de fecale și urină – Lipsa de cunoaștere a îngrijirilor preventive și curative a leziunilor pielii	– Să prezinte o piele intactă în termen de ... zile – Să-și diminueze leziunea de la ... cm la ... cm în termen de ... zile – Să-și diminueze roșeața de la ... cm la ... cm în termen de ... zile
	c) Dezinteres față de măsurile de igienă	– Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală – Perturbarea imaginii de sine	– să participe la îngrijirile sale de igienă: • să se coafeze în termen de... zile • să se spele în termen de ... zile • să se bărbierească în termen de ... zile • să-și spele dinții în termen de ... zile • să se machieze în termen de ... zile • să-și îngrijească unghiile în termen de... zile – Să-și facă singur îngrijirile de igienă în termen de ... zile

1	2	3	4
	d) Dificultate/incapacitate de a face îngrijiri de igienă.	– Confuzie – Diminuarea motricității membrelor superioare – Slăbiciune/oboseală	– Să-și facă singură îngrijirile de igienă în termen de ... zile – Să se coafeze singură în termen de... zile – Să-și spele capul în termen de... zile – Să se bărbierească singur în termen de... zile – Să se machieze singură în termen de... zile – Să-și spele dinții în termen de... zile – Să-și spele protezele dentare în termen de... zile – Să-și curețe unghiile în termen de... zile – Să-și spele: – fața – pieptul – brațele – picioarele – organele genitale – Să-și curețe ochelarii în termen de... zile
	e) Refuzul de a-și face îngrijirile de igienă	– Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală – Lipsa de interes	– Să-și exprime acceptul de a îndeplini îngrijiri de igienă în termen de... zile – Să-și facă îngrijirile de igienă în termen de... zile – Să se coafeze în termen de... zile – Să se spele pe cap în termen de... zile – Să se bărbierească în termen de... zile – Să se machieze în termen de... zile – Să-și spele dinții în termen de... zile –Să-și spele protezele dentare în termen de... zile – Să-și curețe unghiile în termen de... zile – Să-și spele: – fața – pieptul – brațele

1	2	3	4
			– picioarele – organele genitale – Să-și curețe ochelarii în termen de... zile
9. A evita pericolele	a) Anxietate moderată	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor ajutătoare – Amenințarea integrității fizice și/sau psihice – Neaccesibilitatea la informații	– Să-și exprime diminuarea anxietății în termen de... zile – Să-și exprime dispariția anxietății în termen de... zile – Să-și diminueze semnele anxietății în termen de... zile – Să demonstreze absența semnelor de anxietate în termen de... zile
	b) Anxietate severă extremă	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de autointervenție în situații de criză – Neacceptarea doliului	– Să-și exprime diminuarea anxietății în termen de... zile – Să demonstreze o diminuare a semnelor de anxietate în termen de... zile – Să-și diminueze anxietatea la un nivel ușor sau moderat în termen de... zile
	c) Doliul	– Reacție la pierderea unei condiții (stări), care îi făcea plăcere persoanei sau a unui lucru care îi era în stăpânire – Reacție la pierderea unei ființe dragi	– Să-și exprime sentimentele legat de pierdere în termen de... zile – Să utilizeze anumite mijloace pentru a trece de fazele doliului – Să-și exprime înțelegerea reacțiilor de doliu în termen de... zile – Să-și exprime acceptarea doliului în termen de... zile
	d) Dificultate/incapacitate de a-și păstra sănătatea	– Lipsa de cunoaștere a obiceiurilor sănătoase de viață	– Să-și exprime înțelegerea față de îngrijirile de sănătate în termen de... zile – Să-și exprime acceptarea tratamentului în termen de... zile

1	2	3	4
			– Să ia el însuşi decizii legate de sănătate în termen de... zile – Să demonstreze capacitatea psihomotorie în a executa un tratament în termen de... zile – Să-şi exprime interesul în ameliorarea sănătăţii în termen de... zile
	e) Durere acută	– Consecinţele unui traumatism chirurgical sau accidental – Proces infecţios/inflamator	– Să-şi exprime diminuarea durerii în ... ore – Să-şi diminueze semnele durerii în... ore – Să demonstreze absenţa semnelor durerii în... ore – Să-şi exprime absenţa durerii în... ore
	f) Durere cronică	– Consecinţele unui traumatism chirurgical sau accidental – Lipsa de cunoaştere a mijloacelor de control ale durerii – Proces infecţios/inflamator	– Să-şi exprime diminuarea durerii în... ore – Să-şi exprime absenţa durerii în ... ore – Să-şi diminueze semnele durerii în ... ore – Să demonstreze absenţa semnelor durerii în ... ore
	g) Stare depresivă	– Pierderea stimei de sine – Pierderea imaginii de sine – Reacţie la doliu	– Să demonstreze absenţa semnelor stării depresive în termen de... zile – Să-şi exprime diminuarea stării depresive în termen de... zile – Să-şi exprime interesul pentru a îndeplini activităţi în termen de... zile – Să demonstreze diminuarea semnelor stării depresive în termen de... zile
	h) Perturbarea stimei de sine	– Dificultate în asumarea rolului – Neadaptarea la o criză existenţială sau situaţională – Sentiment de dependenţă	– Să-şi exprime creşterea stimei de sine în termen de... zile – Să-şi exprime sentimentele pozitive în termen de... zile – Să-şi exprime capacitatea de a face faţă dificultăţilor în termen de... zile

1	2	3	4
			– Să ia decizii legate de activitățile cotidiene în termen de... zile
	i) Perturbarea imaginii despre sine	– Dificultatea de adaptare la o modificare corporală	– Să exprime sentimente pozitive legat de imaginea de sine în termen de... zile – Să-și exprime acceptul de a-și atinge partea mutilată a corpului în termen de... zile – Să-și atingă partea mutilată a corpului fără repulsie în termen de... zile
	j) Frică	– Incapacitatea de a face față realității tratamentului – Amenințarea integrității fizice și/sau psihice – Tulburări de memorie	– Să-și exprime diminuarea fricii în termen de... zile – Să-și exprime dispariția fricii în termen de... zile – Să-și diminueze semnele fricii în termen de ... zile – Să demonstreze absența semnelor fricii în termen de... zile
	k) Refuzul de a se conforma tratamentelor	– Dificultate de a se adapta la boală – Lipsa de cunoaștere a necesităților tratamentului – Perturbări ale gândirii – Frica față de mijloacele de investigație și tratament	– Să urmeze tratamentul prescris în termen de... zile – Să-și ia medicația regulat în termen de... zile – Să-și exprime acceptul de a se conforma tratamentelor în termen de... zile
	l) Risc de accident	– Confuzie – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de prevenire	– Să aibă mereu pielea intactă – Să nu se rănească – Să-și exprime înțelegerea măsurilor de securitate în termen de... zile – Să utilizeze corect aparatele care îl ajută în termen de... zile
	m) Riscul violenței față de alții	– Dificultatea în asumarea rolului său	– Să se abțină de la gesturi violente față de alții în termen de... zile

1	2	3	4
		– Tulburări de memorie	– Să se abțină de la un limbaj agresiv față de alții în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea agresivității în termen de... zile
	n) Riscul violenței față de sine însuși	– Starea depresivă – Tulburări de memorie	– Să-și exprime absența ideii de suicid în termen de... zile – Să se abțină de la gesturi de violență față de sine însuși în termen de... zile – Să fie calm în termen de... zile – Să-și exprime starea de destindere în termen de... zile
10. A comunica cu semenii	a) Agresivitate	– Diminuarea stimei de sine – Lipsa controlului anxietății – Neadaptarea la o situație	– Să-și exprime diminuarea agresivității în termen de... zile – Să-și exprime calm sentimentele în termen de... zile – Să-și exprime capacitatea de a controla agresivitatea în termen de... zile –Să vorbească cu voce calmă în termen de... zile
	b) Atingerea integrității funcției și rolului sexual	– Conflict de valori – Insuficiență/neadaptare la un model de rol (frica legată de performanțe sexuale, pierderea atracției sexuale etc) – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de a trăi sexualitatea în mod armonios – Perturbarea imaginii de sine	– Să-și exprime diminuarea neliniștii față de sexualitate în termen de... zile – Să-și exprime absența neliniștii față de sexualitate în termen de... zile
	c) Comunicare ineficace la nivel afectiv	– Anxietate – Lipsa de cunoaștere a mijloacelor eficace de a comunica	– Să comunice cu alte persoane în mod eficace în termen de... zile

1	2	3	4
		– Neadaptarea la un rol, la o situație	– Să-și împărtășească sentimentele cu alte persoane în termen de... zile – Să-și exprime încrederea față de alte persoane în termen de... zile – Să stabilească linii semnificative față de alte persoane în termen de... zile – Să-și exprime emoțiile în termen de... zile – Să-și exprime nevoile în termen de... zile
	d) Comunicare ineficace la nivel intelectual	– Confuzie – Privațiunea senzoroperceptuală – Supraîncărcarea de stimuli – Tulburări de gândire	– Să pronunțe anumite cuvinte uzuale în termen de... zile – Să exprime clar mesajele verbale în termen de... zile – Să exprime mesajele non-verbale prin mijloace adaptate în termen de... zile – Să formuleze fraze complete în termen de... zile
	e) Comunicare ineficace la nivel senzorimotor	– Lipsa de cunoaștere a mijloacelor de a se adapta la limitele sale	– Să-și exprime nevoile prin gesturi în termen de... zile – Să utilizeze mijloace de comunicare eficace în termen de... zile – Să răspundă corect la întrebări în termen de... zile
	f) Confuzie	– Deshidratare – Lipsa stimulării senzoriale	– Să recunoască membrii personalului sanitar și membrii de familie în termen de... zile – Să recunoască membrii familiei sale în termen de... zile – Să răspundă corect la întrebări simple în termen de... zile – Să spună ziua și momentul zilei în termen de... zile – Să recunoască locul unde se află în termen de... zile

1	2	3	4
	g) Izolare socială	– Dificultatea de adaptare la o criză existențială sau situațională – Pierdere/separare	– Să-și exprime sentimentul de izolare în termen de... zile – Să inițieze o conversație cu o persoană din anturaj în termen de... zile – Să stabilească linii semnificative cu alte persoane în termen de... zile – Să participe la activități sociale la alegere în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea sentimentului de singurătate în termen de... zile – Să-și exprime absența sentimentului de singurătate în termen de... zile
	h) Perturbarea comunicării familiale	– Diferența de percepție a rolurilor – Dificultatea de adaptare la o problemă de situație	– Să-și manifeste întrajutorarea reciprocă în termen de... zile – Să-și exprime ameliorarea comunicării familiale în termen de... zile
11. A acționa după credințe și după valori	a) Dificultate de a acționa după credințe și după valori	– Apartenența la o cultură, religie diferită – Neadaptarea la un rol nou, conflict de roluri	– Să îndeplinească acțiuni după sistemul său de valori în termen de... zile – Să îndeplinească activități religioase la alegere în termen de... zile – Să-și exprime rezolvarea conflictului în termen de... zile
	b) Neliniște (îngrijorare) față de semnificația propriei existențe	– Neacceptarea bolii – Frica de moarte	– Să-și exprime diminuarea dezordinii în termen de... zile – Să-și exprime absența dezordinii în termen de... zile
	c) Sentiment de culpabilitate	– Neadaptarea la un rol nou/conflict de roluri – Reacție la doliu – Refuzul de a se conforma tratamentelor	– Să-și exprime sentimentele de culpabilitate în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea culpabilității în termen de... zile

1	2	3	4
12. A fi ocupat în vederea realizării	a) Dificultatea de a-și asuma rolul	– Stare depresivă – Neacceptarea bolii	– Să-și exprime satisfacția față de performanțele sale în îndeplinirea sarcinilor în termen de... zile – Să-și exprime acceptul în îndeplinirea sarcinilor legate de un rol în termen de... zile – Să îndeplinească sarcini legate de rolul său în termen de... zile
	b) Dificultatea de a se realiza	– Perturbarea stimei de sine – Singurătate	– Să participe la o activitate la alegere în termen de... zile – Să-și exprime interesul în îndeplinirea activităților la alegere în termen de... zile
	c) Sentiment de neputință	– Neadaptarea la o criză situațională sau existențială – Incapacitatea de a se adapta la realitate (boală incurabilă, fază terminală) – Insatisfacție relativă la sistemul de îngrijiri – Lipsa de cunoaștere a stării sale de sănătate și a tratamentelor	– Să-și exprime nevoile în termen de... zile – Să-și exprime diminuarea neputinței în termen de... zile – Să-și exprime controlul situației în termen de... zile – Să îndeplinească activități la alegere în termen de... zile – Să ia decizii pentru organizarea activităților în termen de... zile
13. A se recrea	a) Dezinteres în a îndeplini activități recreative	– Durere – Stare depresivă – Slăbiciune/oboseală	– Să-și exprime interesul în îndeplinirea activităților recreative în termen de... zile – Să participe în fiecare zi la activități recreative în termen de... zile
	b) Dificultate/incapacitate în a îndeplini activități recreative	– Durere – Dispnee/intoleranță la efort – Slăbiciune/oboseală	– Să participe la activități de ... ori pe săptămână – Să participe la o activitate la alegere în termen de... zile – Să activeze singur în termen de... zile
	c) Refuzul de a îndeplini activități recreative	– Dificultate de adaptare la o modificare a schemei corporale	– Să-și exprime acceptul de a îndeplini activități în termen de... zile

1	2	3	4
		– Durere – Dispnee/intoleranță la efort – Slăbiciune/oboseală – Lipsă de interes	– Să îndeplinească cel puțin o activitate care-i face plăcere o dată pe săptămână
14. A învăță	a) Dificultatea de a învăța	– Anxietate – Limite cognitive – Limite senzoriale – Lipsa de motivație – Lipsa de pregătire psihică	– Să-și exprime înțelegerea informației primite în termen de... zile – Să dea explicații referitor la informația primită în termen de... zile
	b) Lipsa de cunoștințe	– Apartenența la o cultură diferită – Inaccesibilitatea la informație	– Să explice în termen de... zile: • boala • tratamentul medical • îngrijirile necesare (a specifica) • măsurile preventive • regimul • activități recomandate în convalescență – Să-și exprime intenția de a utiliza noile comportamente achiziționate în termen de... zile – Să-și demonstreze abilitatea în: • a îndeplini îngrijiri specifice în termen de... zile • a planifica regimurile în termen de... zile • a lua medicamentele în termen de... zile
	c) Refuzul de a învăța	– Credințe culturale diferite referitoare la sănătate – Neacceptarea bolii	– Să-și exprime interesul de a învăța în termen de... zile – Să-și exprime acceptul de a primi informații în termen de... zile

PARTEA A TREIA

EXERCIȚII DE TAXONOMIE

DICȚIONAR DE TERMENI MEDICALI

EXERCIȚII DE TAXONOMIE

1. Cum se numește imposibilitatea pentru două elemente de a fi un ansamblu:

Antitoxină	1
Incompatibilitate	2
Contracepție	3

2. Cum se numește o maladie a inimii, în general:

Infarct de miocard	1
Cardiopatie	2
Angiocardiografie	3

3. Faceți corespondența între cifre și litere:

1. Trompe	A. Limfangită
2. Vezică	B. Cistită
3. Vase limfatice	C. Flebită
4. Rinichi	D. Salpingită
5. Venă	E. Nefrită

4. Cum se numește microbul care se fixează electiv pe țesutul nervos:

Nefritic	1
Neurogen	2
Neurotrop	3

5. Care dintre cuvintele de mai jos nu indică ideea de sânge:

Uremie	1
Hematurie	2
Hemiplegie	3
Hemoliză	4
Hemicranie	5

6. Cum se numește formarea globulelor sângelui:

Hemoglobină	1
Hemoliză	2
Eritropoieză	3
Hematopoieză	4

7. Care dintre cuvintele de mai jos nu se referă la cantitatea de urină:
   1. Polakiurie
   2. Oligurie
   3. Disurie
   4. Poliurie
   5. Anurie

8. Cum se numeşte prezenţa puroiului în urină:
   1. Piurie
   2. Hematurie
   3. Pielită
   4. Pioree
   5. Piroză

9. Cum se numeşte microbul care produce puroi:
   1. Piretic
   2. Piuric
   3. Purulent
   4. Piogen
   5. Pirogen

10. Care din cuvintele de mai jos nu se referă la febră:
   1. Apiretic
   2. Piretic
   3. Pirexie
   4. Piromanie
   5. Antipiretic

11. Unde este eroarea:

Alergen: care provoacă alergie	1
Glicogen: care produce zahăr	2
Androgen: care provoacă vărsături	3
Patogen: care produce îmbolnăvirea	4

12. Studiul cauzelor bolilor se numeşte:
   1. Diagnostic
   2. Patologie
   3. Semiologie
   4. Psihologie
   5. Etiologie

13. Studiul dozelor prescrise în administrarea medicamentelor pentru tratarea bolilor se numeşte:

Farmacologie	1
Terapeutică	2
Fiziologie	3
Morfologie	4
Posologie	5

14. Care dintre cuvintele următoare nu se referă la studierea corpului sau a unei părţi din corp:

Anatomie	1
Cardiologie	2
Hematologie	3
Dermatologie	4

Deontologie 5
Posologie 6

15. Partea din medicină care se ocupă de mijloacele speciale de apărare şi ajutorare a bolnavului se numeşte:

Fiziologie 1
Terapeutică 2
Farmacologie 3
Morfologie 4
Posologie 5

16. Completaţi:

Sânge ....Hemo ....patie
Qs ....patie
Inimă ....patie
Rinichi ....patie
Muşchi ....patie
Nervi ....patie
Articulaţii ....patie
Psihic ....patie
Plămâni ....patie

17. Regiunea situată în partea superioară şi mediană a abdomenului se numeşte:

Hipocondru 1
Torace 2
Epigastru 3
Fosa iliacă 4
Lombe 5
Hipogastru 6

18. Operaţia de extirpare a uterului se numeşte:

Metroragie 1
Menoree 2
Histerectomie 3
Histeropexie 4
Histerometrie 5

19. Produsul care creşte secretarea bilei de către ficat se numeşte:

Colagog 1
Colecistokinetic 2
Coleretic 3
Coledoc 4

20. Care din următoarele cuvinte exprimă accentuarea mişcărilor vezicii biliare:

Colagog 1
Coleretic 2
Colecistokinetic 3
Colecistită 4

21. Faceţi legătura între litere şi cifre:

A. Mialgie	1. Îmbolnăvirea rinichiului
B. Coleretic	2. Operaţia de extirpare a stomacului
C. Colecist	3. Durere musculară
D. Sarcom	4. Tumora unei glande
E. Hematii	5. Cancer
F. Gastrectomie	6. Globule roşii
G. Nefropatie	7. Care sporeşte secreţia biliară
H. Adenom	8. Vezica biliară

22. Asociaţi literele cu cifrele:

A. Dispnee	1. Dificultatea de a naşte
B. Disurie	2. Ciclu menstrual dificil
C. Disfagie	3. Digestie grea
D. Diskinezie	4. Dificultatea de a urina
E. Distocie	5. Dificultatea de a înghiţi
F. Dismenoree	6. Greutate în respiraţie
G. Dispepsie	7. Dificultatea de mişcare

23. Care dintre cuvintele următoare nu se referă la scurgerea sângelui:

Menoree	1
Metroragie	2
Epistaxis	3
Hematemeză	4
Otoragie	5
Blenoragie	6
Hemoptizie	7

24. Arătaţi care propoziţie este corectă:
   A. Sufixul **RAGIE** indică, desigur, scurgerea sângelui
   B. Sufixul **REE** indică, desigur, scurgerea altor lichide
   C. Ambele sufixe indică o scurgere

25. Completaţi tabelul:

Durerea la nivelul	1. Inimii ....
	2. Ficat ....
	3. Traiect nervos ....
	4. Stomac ....
	5. Genunchi ....
	6. Ureche ....
	7. Muşchi ....
	8. Articulaţie ....

26. Hemoragia uterină survenită în afara ciclului se numeşte:

Menoree	1
Menoragie	2
Metroragie	3
Menstruaţie	4

27. Scurgerea din ureche se numeşte:

Seboree	1
Leucoree	2
Otoree	3
Pioree	4

28. Care dintre cuvintele de mai jos nu se referă la durere:

Precordialgie	1
Coxalgie	2
Artralgie	3
Hepatalgie	4
Mialgie	5
Gastralgie	6

29. Un produs care calmează durerea se numeşte:

Anestezic	1
Parestezic	2
Antalgic	3
Analgezic	4

30. Inflamaţia ţesutului muscular se numeşte:

Mioză	1
Mielită	2
Midriază	3
Miosită	4
Mialgie	5
Miastenie	6

31. Care dintre cuvintele următoare nu se referă la o afecţiune musculară:

Miosită	1
Miastenie	2
Mialgie	3
Mielită	4
Midriază	5

32. În general, o maladie provocată de o ciupercă se numeşte:

Mielită	1
Miastenie	2
Micoză	3

Mielină 4
Mioză 5

33. Cum se numeşte inflamaţia rinichiului:

Perinefrită	1
Nefrită	2
Colică nefritică	3
Nevrită	4
Nevralgie	5
Neuroză	6

34. Pierderea supleţei, a elasticităţii arterelor, se numeşte:

Arteroscleroză	1
Aterom	2
Arterioscleroză	3
Arterită	4

35. Un medicament care stimulează se numeşte:

Disleptic	1
Psiholeptic	2
Analeptic	3
Anxiolitic	4
Analgetic	5

36. Un medicament care cupează durerea se numeşte:

Neuroleptic	1
Tranchilizant	2
Psiholeptic	3
Anxiolitic	4

37. Asociaţi cifrele cu literele:

1. Psiho	A. Sus, deasupra
2. Analeptic	B. Perturbează
3. Hipo	C. Augmentează (creşte)
4. Hiper	D. Mult, mai multe
5. Epi	E. Activitate mentală
6. Disleptic	F. Respiraţie
7. Plazie	G. Dedesubt
8. Poli	H. Formare
9. Pnee	I. Care stimulează

38. O afecţiune ereditară, rezultată din incapacitatea sângelui de a se coagula se numeşte:

Hemoragie	1
Hemofilie	2
Hemostază	3
Hiperemie	4

39. Disocierea diverselor elemente în prezența apei se numește:

Hidroliză	1
Hemoliză	2
Electroliză	3
Cataliză	4

40. Asociați cifrele cu literele (cu referință la distrugere, inhibare):

1. Hemolitic	A. Sistem nervos parasimpatic
2. Simpaticolitic	B. Adrenalina
3. Fibrinolitic	C. Globule roșii sanguine
4. Adrenolitic	D. Sistem nervos simpatic
5. Parasimpaticolitic	E. Fibrină

41. Disocierea unui corp în elemente mai simple se numește:

Hidroliză	1
Cataliză	2
Liză	3
Liofilizare	4

42. Diminuarea forței musculare, care însă nu ajunge până la paralizie se numește:

Parestezie	1
Paraplegie	2
Hemiplegie	3
Parezie	4
Paralizie	5

43. Faceți corespondența între cifre și litere:

A. Apofiză	1. Excrescența anormală a osului
B. Exostoză	2. Excrescența normală a osului
C. Diafiză	3. Partea mijlocie a osului lung
D. Epifiză	4. Extremitatea osului lung

44. Frica morbidă de mulțime se numește:

Claustrofobie	1
Agorafobie	2
Xenofobie	3
Fotofobie	4

45. Asociați literele cu cifrele:

A. .... grafie	1. Examinare fără înregistrare
B. .... gramă	2. Examinare cu înregistrare
C. .... scopie	3. Trasare

46. Completați:

A. Obsesia impulsivă de a incendia	1. Cleptomanie
B. Obsesia impulsivă de a fura	2. Mitomanie
C. Obsesia impulsivă de fabulos	3. Piromanie

47. Asociați cifrele cu literele:

A. Băi de mare — 1. Antibioterapie
B. Mișcare — 2. Roentgenterapie
C. Raze X — 3. Kinesiterapie
D. Antibiotice — 4. Curieterapie
E. Radium — 5. Talazoterapie

48. Variația calibrului vaselor se numește:

Vasoconstricție 1
Vasodilatație 2
Ischemie 3
Vasomotricitate 4

49. Potriviți cuvintele de mai jos pentru semnificațiile:

A. Stomie .... 1. Crearea unei guri chirurgicale
B. Plastie .... 2. Examinarea cu înregistrare
C. Grafie .... 3. Ablație
D. Ectomie .... 4. Rezultatul unei examinări
E. Gramă .... 5. Secționare
F. Scop .... 6. Operație de reparare a unui organ
G. Tomie .... 7. Instrument pentru examinare

50. Asociați prefixele cu sensul lor:

A. Homo — 1. Același, identic
B. Hetero — 2. Subiectul el însuși
C. Izo — 3. De natură diferită
D. Auto — 4. De aceeași natură

51. Dați sensul potrivit:

A. Oprire — 1. Liză
B. Formare — 2. Litic
C. Disociere — 3. Stază
D. Care distruge — 4. Plazie, poieză
E. Duritate — 5. Scleroză

52. Indicați cu 1 cuvintele în care POLI semnifică „mai multe" și cu 2 în care semnifică „mai mult":

A. Poliurie
B. Polinucleare
C. Poliartrită
D. Polifagie

53. Faceți corespondența între litere și cifre:

A. Polaki — 1. Multe
B. Hipo — 2. Exces
C. Neo — 3. Dificultate
D. Oligo — 4. Des

E. Hiper
F. Dis
G. Poli

5. Creştere
6. Scădere, descreştere
7. Puţin
8. Diminuare
9. Nou

54. Cum se numeşte oxigenarea sângelui în plămâni:

Respiraţie 1
Hematoză 2
Oxemie 3
Acidoză 4

55. Asociaţi literele cu cifrele:

A. Cifoză
B. Scolioză
C. Lordoză

1. Înainte
2. Înapoi
3. Lateral

RĂSPUNSURI CORECTE

1.2
2.2.
3. A4 B2 C1 D5 E3
4.3
5.3.5
6.4
7.3
8.1
9.4
10.4
11.3
12.5
13.5
14.5.6
15.2
16.Hemo, osteo, cardio, reno, mio, nevro, artro, psiho, pneumo
17.3
18.3
19.3
20.3
21.A3 B7 C8 D5 E6 F2 G1 H4
22.A6 B4 C5 D7 E1 F2 G3
23.6
26.3
27.3
28.2
29.3
30.4
31.4.5
32.3
33.2
34.3
35.3
36.2.4
37.A5 B6 C4 D8 E1 F9 G3 H7 I.2
38.2
39.1
40.A5 B4 C1 D2 E3
41.3
42.4
43.A2 B1 C3 D4
44.2
45.A2 B3 C1
46.A3 B1 C2
47.A5 B3 C2 D1 E4
48.4

24. C
25. Cardialgie, hepatalgie, nevralgie, gastralgie, gonalgie, otalgie, mialgie, artralgie

49. A1 B6 C2 D3 E4 F7 G5

50. A4 B3 C1 D2
51. A3 B4 C1 D2 E5
52. A2 B1 C1 D2
53. A4 B6,8 C9 D7 E2,5 F3 G1
54.3
55. A1 B3 C2

Bibliografie: Marie Bonvalot, *Le vocabulaire médical de base, Etude par l'etymologie, vol I, II; Editeur OIP*, Paris, 1978

DICȚIONAR DE TERMENI MEDICALI

A.

ABCES: colecție purulentă bine delimitată, constituită în interiorul unui țesut, ca urmare a unei inflamații.

ABDOMEN: partea inferioară a trunchiului situat între torace (de care este separat de diafragm) și planșeul pelvin (care închide în jos micul bazin)

ABDUCȚIE: mișcare de îndepărtare a unei extremități sau a unui segment anatomic față de axul corpului.

ABLAȚIE (separare, îndepărtare): acțiunea de îndepărtare a unei părți din corp.

ACETONURIE: prezența acetonei în urină.

ACNEE: boală de piele caracterizată prin apariția de papule și pustule, în special pe față.

ACUFENE: sunete percepute de bolnav, care nu sunt determinate de excitații sonore.

ACUITATE AUDITIVĂ: aprecierea calității auzului.

ACUITATE VIZUALĂ: aprecierea calității vizuale.

ACUMETRIE: examen care constă în măsurarea acuității auditive.

ADDUCȚIE: mișcare prin care un segment anatomic este apropiat de axul corpului.

ADENITĂ: inflamația ganglionilor limfatici.

AEROSOL: particule solide sau lichide de ordinul micronilor, dispersate într-un gaz sau în aer.

AEROSOLOTERAPIE: tratament prin care substanțele medicamentoase se introduc sub formă de aerosol pe căile respiratorii, cu ajutorul unui pulverizator sau al unui aparat special.

AFAGIE: incapacitate de a înghiți.

AFAZIE: diminuarea sau pierderea capacității de a vorbi, datorită îmbolnăvirii centrilor corespunzători din scoarța cerebrală, fără paralizia organelor care servesc la articularea cuvintelor.

AFONIE: lipsa ori pierderea vocii.

AFTĂ: mică ulcerație la nivelul mucoasei bucale.

AGITAȚIE: tulburare a psihomotricității manifestată printr-o amplă și intensă modificare a întregii activități.

ALBUMINURIE: prezența de albumină în urină.

ALERGIE CUTANATĂ: reacția organismului față de o substanță străină (peri, polen, medicamente etc), care duce la erupție cutanată.

ALIMENT: denumirea pentru produse naturale sau prelucrate necesare creșterii și menținerii vieții, care furnizează în acest scop principiile de bază.

ALVEOLĂ: reprezintă dilatația terminală a bronhiolei, unde se efectuează schimburile gazoase între sânge și aerul inspirat.

AMENOREE: lipsa menstruației.

AMIGDALE: organe limfoide așezate de o parte și alta a faringelui.

AMIGDALECTOMIE: îndepărtarea chirurgicală a amigdalelor palatine.

AMIGDALITĂ: inflamație acută sau cronică a amigdalelor.

AMNEZIE: pierdere totală sau parțială a memoriei.

ANAL: tot ce se raportează la anus.

ANALGEZIE: pierdere a sensibilității la durere.

ANALIZA GAZELOR: cercetarea titrurilor de oxigen și dioxid de carbon din sângele arterial și presiunea parțială a acestor gaze în lichidul sanguin.

ANASARCĂ: edemul generalizat însoțit de acumularea de lichid în cavitățile seroase ale organismului.

ANDROPAUZĂ: diminuarea activității genitale masculine.

ANEMIA: scăderea numărului de hematii, cu sau fără reducerea, în paralel, a hemoglobinei.

ANEMIE HEMOLITICĂ: stare patologică în care distrugerea de hematii (hemoliza) depășește capacitatea de regenerare medulară.

ANEMIE HIPOCROMĂ: afecțiunea secundară a unei stări patologice reflectând epuizarea rezervelor de fier ale organismului și o scădere a concentrației medii de hemoglobină sub 30%.

ANESTEZIA: metodă prin care se împiedică, în mod trecător, cu ajutorul anestezicelor, perceperea senzațiilor dureroase sau transmiterea excitațiilor dureroase.

ANEVRISM: dilatație la nivelul peretelui arterial (pungă) care are un orificiu de comunicare permanentă cu artera.

ANGINA: inflamație a faringelui și a amigdalitelor.

ANGINA PECTORALĂ: sindrom clinic care trădează o suferință miocardică, determinată de un dezechilibru între necesarul de oxigen a mușchiului inimii și aportul coronarian.

ANGIOCARDIOGRAFIE: introducerea unei substanțe de contrast pe cale intravenoasă, care se urmărește în interiorul vaselor și al cavităților inimii.

ANGIOM: tumoră benignă, constituită dintr-o aglomerare de vase sanguine sau limfatice.

ANOREXIE: scăderea sau lipsa poftei de mâncare.

ANOXEMIE: diminuarea cantității de oxigen în sânge.

ANOXIE: diminuarea cantității de oxigen în țesuturi.

ANTICOAGULANT: substanță care împiedică procesul de coagulare a sângelui (ex. heparină).

ANTIFLOGISTIC: substanță medicamentoasă, care diminuează inflamația.

ANTIPRURIGINOS: medicament care calmează pruritul.

ANURIE: absența completă a urinii în vezică, rezultată ca urmare a secreției renale.

ANUS: deschiderea rectului la exterior prin care se expulzează materiile fecale.

ANUSCOPIE: examen direct ce permite vizualizarea ampulei rectale.

AORTĂ: artera care ia naștere din ventricolul stâng și, prin colateralele care se ramifică din ea, sângele oxigenat este răspândit în tot organismul.

AORTITĂ: inflamație (de obicei cronică) a aortei pe o porțiune localizată sau în tot lungul ei, până la bifurcația sa în abdomen, în dreptul regiunii lombare (cauze: sifilis, reumatism).

ARITMII: tulburări de ritm ale inimii, în care mecanismul de producere a acestora acționează în atrii; fie în nodul sinusal, fie într-un focar ectopic, situat în afara nodului sinusal.

ARSURĂ: leziune provocată de acțiunea agenților fizici (căldura) sau chimici (acizi) asupra țesuturilor vii.

ARTERĂ: vas care conduce sângele de la inimă la periferie (organe și țesuturi) ex: carotidă, cubitală, femurală etc.

ARTERE CORONARE: primele două colaterale (dreaptă și stângă) ale aortei, care irigă mușchiul cardiac.

ARTERIOGRAFIE PERIFERICĂ: introducerea substanței de contrast prin injecție intraarterială pentru evidențierea arterelor periferice.

ARTERIOLĂ: ramificație subțire a arterelor, de dimensiune intermediară între artere și vasele capilare.

ARTERIOSCLEROZĂ: stare patologică, urmare a transformării țesutului muscular elastic al pereților arteriali în țesut fibros dur, impregnat cu săruri de calciu și substanțe grase (colesterol).

ARTERITĂ: procesul inflamator al arterelor, însoţit sau nu de tromboză.

ARTICULAŢIE: ansamblul elementelor prin care oasele se unesc unele cu altele.

ARTRALGIE: durere articulară.

ARTROZĂ: alterarea distructivă a cartilajelor sau fibrocartilajelor articulare, de natură degenerativă.

ATELECTAZIE: turtirea, colabarea alveolei pulmonare din cauza lipsei aerului.

ATRIU: cele două cavităţi superioare ale inimii (în atriul drept ajunge sângele din tot corpul prin venele cave; în atriul stâng ajunge sânge oxigenat din plămâni, prin venele pulmonare).

ATROFIE CUTANATĂ: deficit de nutriţie a pielii, caracterizat printr-o diminuare a tonicităţii şi elasticităţii.

APA: aliment de întreţinere, indispensabil organismului, principalul constituent al materiei vii.

APENDICE: prelungire a cecului.

APENDICECTOMIE: ablaţia apendicelui.

APENDICITĂ: inflamaţia apendicelui.

APEXOCARDIOGRAMĂ: curbă rezultată din înregistrarea grafică a şocului apexian.

APNEE: oprire temporară – voluntară sau involuntară – a respiraţiei.

APOPLEXIE: pierderea bruscă a conştienţei, a mişcărilor şi sensibilităţii, cu păstrarea funcţiilor cardiace şi respiratorii, urmare de cele mai multe ori a unei hemoragii cerebrale.

ASFIXIE: stare de sufocare datorită diminuării sau opririi schimburilor respiratorii în plămâni.

ASTIGMATISM: tulburarea vederii dată de un defect de curbură al corneei sau cristalinului, constând în percepţia de imagini deformate.

ASTM: stare patologică, al cărei specific rezidă prin nevoia intensă de aer, cu expiraţie foarte dificilă.

ATAXIE: tulburare psihomotorie caracterizată prin imposibilitatea coordonării mişcărilor active.

AUDIOGRAMĂ: înregistrările grafice obţinute în urma măsurărilor audiometrice.

AUDIOMETRIE: tehnica de măsurare a acuităţii auditive a unei persoane pentru a constata dacă are auzul normal sau dacă manifestă o surditate temporară ori permanentă.

AVITAMINOZĂ: carenţă vitaminică.

AZOTEMIE: acumulare în sânge a produşilor azotaţi degradaţi (uree, azot rezidual).

B.

BADIJONAJ: procedeu profilactic, teraputic sau anestezic constând din ungerea unei suprafeţe cutanate sau mucoase cu soluţii medicamentoase lichide, cu ajutorul unui tampon montat pe porttampon.

BARTOLINITĂ: inflamaţia glandelor Bartholin.

BAZINET: segment superior dilatat al căilor urinare începe de la nivelul hilului renal şi se continuă în partea inferioară cu ureterul.

BILA: produs de secreţie al ficatului, cu rol în digestie.

BIOPSIE CUTANATĂ: actul chirurgical care constă în recoltarea unui fragment de piele în vederea examenului histologic.

BLENORAGIE: boala venerică infecto-contagioasă produsă de gonococ, transmisă aproape exclusiv prin contact sexual.

BLOC ATRIOVENTRICULAR: în care unda de excitaţie întârzie sau nu mai poate să treacă de la atrii la ventricule prin fasciculul Hiss.

BLOC SINOATRIAL: apare când există o tulburare în conducerea impulsului de la centrul sinusal spre muşchiul atrial.

BLOCUL DE RAMURĂ: constă în tulburări de conducere instalate pe una din cele două ramuri ale fascicolului Hiss.

BLOCURI: aritmii prin tulburări de conducere ce sunt datorate întreruperii sau întârzierii undei de excitaţie (impuls, stimul).

BOALĂ TROMBOEMBOLICĂ: cauza este de obicei un trombus (cheag, coagul), care porneşte din inimă sau din aortă (dintr-un aterom de pe peretele aortei) şi care se localizează pe un vas (astupă un vas de mărimea trombusului).

BOL ALIMENTAR: masă alimentară masticată, impregnată cu salivă, care va fi înghițită.

BRADICARDIA SINUSALĂ: scăderea ritmului cardiac sub 60 pulsații/min.

BRADIPNEE: încetinirea ritmului respirator.

BRONHIE: conduct care leagă traheea de fiecare plămân.

BRONHIOLĂ: ramificația bronhiilor.

BRONHOGRAFIE: radiografie a arborelui bronșic după introducerea în căile respiratorii a unei substanțe opace la razele Roentgen (ex. lipiodolul).

BRONHOSCOPIE: metodă anatomoclinică de explorare a căilor respiratorii superioare cu ajutorul bronhoscopului.

BRONȘIECTAZIE: boală caracterizată prin dilatarea permanentă - parțială sau totală – a bronhiilor, favorizată de scleroza țesutului pulmonar învecinat.

BRONȘITĂ: boală datorită inflamației mucoasei bronșice.

BULIMIE: senzație exagerată și patologică de foame.

C.

CALCEMIE: titrul de calciu în sânge (V.N. – 9-11 mg%).

CALCUL: corp solid, de obicei în formă de pietricică, rezultat din precipitarea sărurilor organice și anorganice (urați, oxalați, fosfați, săruri de calciu) din urină, bilă etc.

CALCULOZĂ (litiază): constă în prezența calculilor într-un organ sau canal excretor.

CALUS: țesut ce apare la sudura oaselor fracturate.

CANAL DEFERENT: canal excretor al testiculului, cuprins între epididim și veziculele seminale.

CAPILAR: conduct sanguin ce face legătura între arteriole și venule (la acest nivel se fac schimburi gazoase dintre sânge și țesut).

CARDIA: orificiul superior al stomacului, prin care acesta comunică cu esofagul.

CARDIOLOGIE: ramură a medicinii interne, care se ocupă cu studiul bolilor de inimă.

CARDIOPATIILE CONGENITALE: malformații (anomalii) ale inimii sau ale marilor vase apărute în viața intrauterină.

CARDIOPATIILE ISCHEMICE (boli coronariene): sunt afecțiunile determinate de tulburările funcționale sau leziunile organice ale arterelor coronare.

CARDIOTONIC (tonic al inimii): medicament care întărește forța de contracție a mușchiului cardiac, regularizând ritmul bătăilor inimii.

CATARACTĂ: opacitatea cristalinului, care se caracterizează prin tulburări de vedere și prin colorarea în alb sau cenușiu a pupilei.

CATETER: instrument de metal, cauciuc sau material plastic, cu ajutorul căruia se examinează, drenează un canal normal (uretră, arteră, venă), un canal anormal (fistulă), ori un organ cavitar (veziculă biliară, inimă).

CATETERISM CARDIAC: introducerea unei sonde radioopace pe cale venoasă sau arterială în cavitățile inimii sau în vasele mari. Sonda este dirijată cu ajutorul unui ecran radiologic.

CEC: primul segment al colonului.

CECITATE: absența vederii (orbire)

CEFALEE: durere de cap continuă sau intermitentă, difuză sau localizată.

CELIOSCOPIE: examen sub anestezie generală, care permite vizualizarea și examinarea cavității abdominale (dar și a aparatului genital feminin) cu ajutorul celioscopului.

CERUMEN: substanță de consistență ceroasă, de culoare galbenă brună, formată în conductul auditiv extern, putând astfel forma un dop ce diminuează auzul.

CEZARIANĂ: intervenție chirurgicală care constă în extragerea unui făt viu prin deschiderea uterului pe cale abdominală.

CHIM: conținut al stomacului și al intestinului subțire.

CHINTA: acces de tuse prelungit.

CHIST: tumoră benignă de forma unei pungi închise cu conținut diferit (de exemplu chist sebaceu).

CIANOZĂ: colorația albăstruie a pielii și mucoaselor.

CIFOZĂ (COCOAȘĂ): curbura foarte accentuată a coloanei vertebrale dorsale.

CISTECTOMIE: îndepărtarea totală sau parțială a vezicii.

CISTITA: inflamație acută sau cronică a vezicii urinare.

CISTOGRAFIE: metodă de explorare radiologică a vezicii urinare prin radiografie simplă sau cu substanță de contrast.

CISTOSCOP: instrument tubular care prezintă o sursă luminoasă proprie și un sistem de lentile ce permite vizualizarea directă a vezicii urinare.

CISTOSCOPIE: metodă de examinare endoscopică a mucoasei vezicii urinare.

COAGUL: cheag format prin coagularea fibrinei din sânge.

COAGULARE: procesul de închegare a sângelui datorită precipitării fibrinogenului solubil din plasmă în fibrină, insolubilă, printr-un mecanism fermentativ complex.

COLANGIOGRAFIE: radiografierea căilor biliare pline cu substanță de contrast administrată pe cale intravenoasă.

COLAPS PERIFERIC: insuficiență circulatorie acută, datorită unui dezechilibru între volumul sângelui circulant și capacitatea vaselor sanguine, ce se caracterizează prin imposibilitatea sistemului circulator de a asigura alimentarea cu sânge a țesutului și organelor.

COLECISTECTOMIE: îndepărtarea veziculei biliare.

COLECISTITĂ: inflamația acută sau cronică a veziculei biliare.

COLECISTOGRAFIE: radiografierea veziculei biliare umplută cu substanță de contrast, administrată de obicei pe cale orală.

COLECTOMIE: rezecția în întregime sau a unei părți din colon.

COLEDOC: canalul biliar prin care bila se varsă în duoden și care aduce bilă fie în canalul hepatic, fie în canalul cistic.

COLICĂ: durere violentă abdominală ce apare brusc sub formă de crize; este de orgine intestinală (în legătură cu enterocolita, apendicita, pancreatita), biliară, renală, genitală.

COLICĂ NEFRETICĂ: durere lombară (între coaste și ileon), care iradiază în partea de jos a abdomenului sau în regiunea epigastrică.

COLIR: soluție medicamentoasă folosită în tratamentul diferitelor boli de ochi.

COLITĂ: denumire generică pentru inflamația colonului.

COLON: intestinul gros, parte a aparatului digestiv, care începe cu cecul și se termină cu rectul.

COLOSTOMIE: aducerea colonului la peretele abdominal (anus artificial)

COLPOSCOPIE: examen optic direct al vaginului și al colului uterin, cu ajutorul unui aparat numit colposcop.

COMA: starea patologică caracterizată prin pierderea conștienței și absența reacției la stimuli externi (vizuali, auditivi, tactili), rămânând păstrate funcțiile esențiale ale organismului (respirația și circulația).

COMOȚIE CEREBRALĂ: tulburare neuropsihică gravă provocată de un traumatism cranio-cerebral.

CONJUNCTIVA: mucoasă ce depășește fața internă a pleoapelor și fața anterioară a globului ocular până la cornee.

CONJUNCTIVITĂ: inflamația acută sau cronică a conjunctivei.

CONSTIPAȚIE: sau încetinirea tranzitului (materiile fecale sunt evacuate la un interval de câteva zile).

CONTENȚIE: menținerea în poziția normală a fragmentelor osoase a unei fracturi sau unei extremități articulare luxate, prin diverse mijloace – bandaj, atelă, aparat gipsat etc.

CONTRACTURA: contracție involuntară prelungită, a unuia sau mai multor mușchi, însoțită de rigiditate.

CONVULSII CLONICE: convulsii scurte, ritmice ale unor grupe musculare sau ale întregii musculaturi.

CONVULSII TONICO-CLONICE: convulsii scurte și ritmice (clonii), asociate cu altele, ce au caracter permanent (tonice).

CONVULSIE: contracția repetată, involuntară a unui grup muscular sau a musculaturii întregului organism.

CORIZĂ (RINITĂ): inflamația mucoasei nazale.

CORNAJ: zgomot produs de aerul care trece prin laringe sau trahee, îngustate fie din cauza unei leziuni, infecții sau din cauza compresiunii exercitate de o tumoare sau corp străin.

CORNEE: partea transparentă a globului ocular.

COROIDA: membrană vasculară de culoare închisă ce se găsește între sclerotică și retină.

COXALGIE: durere de șold (denumire improprie a tuberculozei coxo-femurale).

COXARTROZĂ: degenerescența articulației șoldului.

CRAMPĂ: contracție involuntară, dureroasă și tranzitorie a unui mușchi sau grup muscular.

CRISTALIN: formațiune de lentilă biconvexă și transparentă, situată posterior de iris.

CRIZELE JAKSONIENE: convulsii localizate, care survin în legătură cu un focar iritativ cortical localizat.

CROMOZOM: element celular, care conține genele (suportul eredității) și este responsabil de diferențierea între sexe.

D.

DALTONISM: defect congenital de vedere care constă în incapacitatea deosebirii roșului de verde.

DECUBIT: atitudinea corpului în poziție culcată pe un plan orizontal (decubitusul poate fi: dorsal, ventral, lateral drept și lateral stâng).

DEFECAȚIE: actul de eliminare, prin anus, a materiilor fecale.

DEGERĂTURĂ: leziune produsă în urma expunerii prelungite la frig, mai ales a extremităților.

DEGLUTIȚIE: actul prin care bolul alimentar trece din cavitatea bucală în faringe, esofag și – apoi – în stomac.

DEMENȚĂ: dezintegrarea activității psihice, urmată de pierderea capacității de adaptare a individului la viața socială.

DENUTRIȚIE: tulburarea profundă a metabolismului organismului, când dezasimilația depășește asimilația.

DERM: țesutul care constituie învelișul profund al pielii.

DERMATOLOGIE: specialitatea medicinii care studiază și tratează bolile de piele.

DESCUAMARE: eliminarea învelișurilor superficiale cornoase ale epidermei sub formă de scuame.

DESHIDRATARE: proces complex prin care organismul pierde pe diferite căi apă și electroliți.

DIAFIZĂ: partea medie, alungită a unui os lung.

DIAFOREZĂ: proces de eliminare a sudorii prin piele.

DIAREE: evacuarea frecventă și rapidă a scaunelor moi sau lichide, însoțite sau nu de colică.

DIETĂ: regim alimentar special recomandat în tratamentul unor boli.

DIETETICĂ: ramură a medicinii care se ocupă cu studiul regimurilor alimentare.

DIPLOPIE: vedere dublă.

DISARTRIE: tulburări de pronunțare a sunetului (tulburări de articulare).

DISCRAZII: tulburări de coagulabilitate sanguină.

DISFAGIE: dificultate de a înghiți.

DISFAZIE: tulburări de vorbire.

DISFONIE: tulburarea emisiunii vocale, interesând una sau mai multe caracteristici ale sunetului (înălțime, intensitate, timbru); răgușeală.

DISMENOREE: menstruație dureroasă.

DISPEPSIE: tulburarea procesului de digestie.

DISPNEE: greutate în respirație.

DISTOCIE: desfășurarea normală a expulzării fătului datorită poziției sau dezvoltării anormale a fătului, stării anormale a organelor genitale etc.

DISURIE: dificultate de a urina.

DIURETIC: medicament natural sau de sinteză care provoacă creşterea secreţiei şi eliminării de urină.

DIUREZĂ: procesul de formare şi eliminare a urinei (cantitatea de urină eliminată în 24 ore).

DIZENTERIE: boală infecto-contagioasă caracterizată prin eliminarea frecventă a unor scaune în cantitate mică cu caracter anormal.

DRENAJ POSTURAL: este o poziţie care uşurează evacuarea secreţiilor bronşice.

DUODEN: porţiune iniţială a intestinului subţire.

DURERE CARDIACĂ FUNCŢIONALĂ: care nu are un substrat lezional organic (distonie neuro-vegetativă).

DURERE CARDIACĂ ORGANICĂ: în care este vorba de o serie de afecţiuni de tip cardiac (pericardite, cardiopatii ischemice etc).

E.

ECHIMOZĂ: pată negricioasă sau albăstruie dată de infiltraţia difuză a sângelui în ţesutul subcutanat.

ECOCARDIOGRAMĂ: metoda de explorare bazată pe înregistrarea ultrasunetelor străbătute şi reflectate la nivelul cordului.

ECZEMĂ: afecţiune cutanată manifestată prin placarde roşii pruriginoase acoperite de mici vezicule care se rup lăsând să se formeze cruste.

EDEM: acumulare de lichid seros în ţesuturi.

EDEM CARDIAC: infiltraţie seroasă a ţesutului interstiţial subcutanat (este un edem de stază şi se instalează mai des în părţile declive, datorită insuficienţei apărute în circulaţia de întoarcere).

EDEM PULMONAR ACUT: complicaţie gravă care apare în insuficienţa ventriculară stângă şi constă în inundaţia brutală a alveolelor cu un transudat sanguinolent necoagulabil din capilarele pulmonare, tradusă printr-o mare dificultate respiratorie şi expectoraţie spumoasă rozată.

EDENTAŢIE: fără dinţi (lipsa unuia sau mai multor dinţi pe arcadele dentare).

EJACULARE: act fiziologic reflex prin care sperma este expulzată în momentul final al actului sexual.

ELECTROCARDIOGRAMĂ (E.C.G.): înregistrarea grafică a rezultantei fenomenelor bioelectrice din cursul unui ciclu cardiac.

ELECTROENCEFALOGRAFIA (E.E.C.): înregistrarea grafică a activităţii bioelectrice a S.N.C., utilă în diagnosticul unor afecţiuni cerebrale (epilepsie, tumori cerebrale etc.).

ELECTROMIOGRAMA: curba rezultată în urma înregistrării grafice a contracţiilor musculare activ electrice a muşchilor.

EMBOLIE: obstrucţia unui vas sanguin printr-o substanţă străină circulantă în sânge, denumită embol , care poate fi: bulă de aer, bulă de grăsime sau cheag de sânge (tromboembolie).

EMBOLIE PULMONARĂ: obstrucţia arterei pulmonare sau a unei ramuri ale acesteia (care conduce rapid la o insuficienţă cardiacă dreaptă).

EMBRION: produsul de concepţie până la 3 luni de gestaţie.

ENANTEM: leziuni la nivelul mucoaselor în cursul unei boli eruptive.

ENCEFAL: partea S.N.C. cuprinsă în cutia craniană.

ENCEFALITĂ: boală care constă în inflamaţia creierului datorită unor agenţi infecţioşi (microbi, viruşi), toxici, alergici etc.

ENCEFALOPATIE: afecţiune a S.N.C. cu aspect difuz.

ENCEFALOGRAFIE: metodă de examinare radiografică a encefalului, pentru localizarea tumorilor sau hemoragiilor cerebrale.

ENCEFALOPATIE HIPERTENSIVĂ ACUTĂ: sindrom clinic care constă din simptome şi semne neurologice cu caracter acut determinat de o criză hipertensivă (creşterea bruscă a tensiunii arteriale).

ENDOCARD: endoteliul ce căptuşeşte la interior cavităţile inimii.

ENDOCARDITĂ: inflamaţia activă a endocardului, afectând îndeosebi endocardul valvular.
- endocardită bacteriană determinată de diverşi germeni patogeni;
- endocardită reumatismală (cardită reumatismală determinată de reumatismul articular acut).

ENDOMETRITĂ: inflamaţie a mucoasei uterine.

ENDOMETRU: mucoasa care căptuşeşte cavitatea uterină, putând prezenta modificări în timpul ciclului menstrual şi în sarcină.

ENTERITĂ: inflamaţia intestinului subţire.

ENTEROCOLITĂ: inflamaţia concomitentă a intestinului subţire (enterită) şi a intestinului gros (colită).

ENTORSĂ: leziune traumatică a unei articulaţii cu alungirea, smulgerea sau sfâşierea unuia sau mai multor ligamente, fără deplasare sau cu revenirea în poziţie normală a suprafeţelor articulare.

ENUREZIS: pierdere involuntară de urină, ce se produce în timpul nopţii, mai frecvent la copiii cu tulburări nevrotice.

EOZINOFIL: este un element normal al sângelui, prezent în formula leucocitară în proporţie de 1-3%.

EOZINOFILIE: creşterea procentului de eozinofile în special în bolile parazitare, alergice.

EPIDERM: învelişul superficial al pielii.

EPIDIDIM: formaţiune situată către partea superioară a testicolului.

EPIFIZA: fiecare din cele două extremităţi ale unui os lung, care poartă suprafeţele articulare ale osului.

EPIGASTRU: zona topografică abdominală care cuprinde regiunea supraombilicală până la rebordul costal şi la apendicele xifoid.

EPILEPSIE: boală cronică nervoasă, caracterizată prin crize convulsive intermitente, însoţite de pierderea conştienţei sau prin diverse tulburări neuro-psihice.

EPISTAXIS: hemoragie nazală.

ERITEM: coloraţia roşie congestivă la nivelul pielii.

ERITROCIT (globulă roşie) : celulă sanguină a cărei culoare roşie se datorează hemoglobinei, (substanţă care transportă oxigenul către ţesuturi şi bioxidul de carbon de la ţesuturi la plămâni).

ERIZIPEL: infecţie a pielii produsă de streptococul hemolitic, caracterizată printr-un placard roşu şi edemaţiat, bine delimitat de o zonă numită burelet.

ERUCTAŢIE: evacuarea zgomotoasă, pe cale bucală, a gazelor din stomac.

ERUPŢIE: apariţia diverselor leziuni la nivelul pielii.

ESCARA: crustă negricioasă care se formează în urma modificării unor ţesuturi.

ESOFAG: partea iniţială a tubului digestiv de la faringe la cardia.

ESOFAGOSCOPIE: vizualizarea directă a lumenului esofagian cu esofagoscopul.

EUTOCIE: naştere normală.

EXAMENUL FUNDULUI DE OCHI oftalmoscopie: examinarea cu oftalmoscopul a vaselor retiniene, corpului vitros, petei oarbe etc.

EXANTEM: manifestare cutanată, caracteristică unor boli infecţioase (rujeolă, scarlatină etc.).

EXOFTALMIE: ieşirea excesivă a globilor oculari din orbite(constituie unul din semnele principale a bolii lui Basedow).

EXPECTORAŢIE: actul prin care se elimină pe gură spută.

EXPIRAŢIE: fază a respiraţiei prin care aerul este vehiculat din plămâni.

EXTENSIA CONTINUĂ: mijloc care permite o contenţie sub tracţiune permanentă.

EXTENSIE: mişcare fiziologică prin care două segmente ale membrului în contiguitate tind să se plaseze în acelaşi ax.

EXTRASISTOLĂ ATRIALĂ: contracţii premature ale inimii declanşate de impulsuri pornite din focare ectopice situate în pereţii atriilor apare atât la indivizii sănătoşi (emoţii, efort, tutun, alcool) ca şi la cei cu afecţiuni organice (obiectiv se constată o pulsaţie mică urmată de o lungă pauză compensatorie).

EXTRASISTOLĂ VENTRICULARĂ: bătăi premature provocate de stimuli care iau naştere în ventricule. Poate să apară la persoane cu inima sănătoasă, în care caz nu are nici o semnificaţie patologică (exces de cafea, tutun, stări emotive) sau la persoane cu afecţiuni organice; iar dintre extrasistolele sistematizate cel mai adesea apar bigeminismul şi trigeminismul.

F.

FANERE: derivaţi protectori ai epidermului (peri, unghii, păr).

FARINGE: organ musculo-membranos situat la întretăierea căilor aeriene respiratorii (nas, laringe) cu calea digestivă (gură, esofag).

FARINGITĂ: inflamaţia faringelui.

FĂT: rezultatul concepţiei după 3 luni de gestaţie.

FECALOM: scaune dure stagnând în ampula rectală.

FECUNDAŢIA: proces care constă în unirea spermatozoidului cu ovulul, în urma căruia se formează oul fecundat.

FIBRILAŢIE ATRIALĂ: tulburare de ritm generată de impulsuri ectopice atriale foarte rapide 400- 500/minut , neregulate (poate fi paroxistică şi permanentă).

FIBRILAŢIE VENTRICULARĂ: cea mai gravă tulburare de ritm cardiac, provocată de descărcarea receptivă a mai multor focare ectopice ventriculare, cu o frecvenţă de 300 - 400 impulsuri/minut complet neregulată.

FICAT: cea mai mare glandă anexă a tubului digestiv, având multiple funcţii.

FLEBITĂ: inflamaţia venelor (în special ale membrului inferior), care se complică de cele mai multe ori cu coagularea sângelui la nivelul porţiunii inflamate (tromboflebită).

FLICTENĂ: veziculă între epiderm şi derm, cu conţinut seros sau serosanguinolent.

FLEGMON AMIGDALIAN: colecţie purulentă difuză datorită unei infecţii.

FLUTER ATRIAL: ritm patologic atrial regulat şi foarte rapid 250 - 300/minut (apare în valvulopatii, cardiopatie ischemică).

FOAME: senzaţie subiectivă sau obiectivă de a mânca.

FONOCARDIOGRAMĂ: reprezentare grafică a zgomotelor produse în cursul unui ciclu cardiac.

FORMULĂ LEUCOCITARĂ: stabilirea proporţiilor între diferite tipuri de globule albe din sânge (modificarea acestor procente dă indicaţii asupra diagnosticului unor boli; în infecţiile acute creşte procentul neutrofilelor, în parazitoze – cel al eozinofilelor, în tuberculoză – al limfocitelor etc.).

FOSE NAZALE: cavităţi ale nasului având o zonă respiratorie şi alta olfactorie.

FRACTURĂ: întreruperea continuităţii unui os.

FROTIU VAGINAL: recoltarea de secreţie vaginală întinsă în strat subţire pe o lamă de sticlă, pentru a fi examinată la microscop.

FURUNCUL: inflamaţia unui folicul pilo-sebaceu dată de stafilococul auriu.

G.

GAMET: celulă sexuală.

GANGRENA: necroza ţesuturilor, secundară unei întreruperi locale a circulaţiei sanguine sau unei suprainfecţii cu germeni anaerobi.

GARGARĂ: modalitate de a dezinfecta gura şi faringele cu soluţie medicamentoasă.

GLANDĂ LACRIMALĂ: glandă care secretă lacrimi, situată în colţul intern al ochiului.

GLANDĂ PILO-SEBACEE: glande subcutanate, ataşate unui fir de păr, ce secretă sebum care lubrefiază firul de păr şi suprafaţa pielii.

GLANDE SUDORIPARE: se află în partea inferioară a dermului şi au rol excretor şi termoreglator.

GASTRALGIE: durere la nivelul stomacului.

GASTRECTOMIE: rezecţia totală sau parţială a stomacului.

GASTRITA: inflamaţia mucoasei stomacului.

GASTROENTEROLOGIE: specialitate medicală care se ocupă cu studiul bolilor aparatului digestiv.

GASTROGRAFIE: radiografia stomacului.

GASTROSCOPIE: metodă de vizualizare directă cu ajutorul gastroscopului.

GESTAȚIE: timpul de dezvoltare a produsului de concepție în uter la femeia însărcinată.

GINECOLOGIE: ramură a medicinii care studiază fiziologia și patologia aparatului genital feminin.

GINGIVITĂ: inflamația gingiilor.

GLOSITĂ: inflamația limbii.

GLICEMIE: concentrația glucozei în sânge V.N.=0,80-1,20g la mie.

GLICOZURIE: prezență de glucoză în urină (fenomen patologic caracteristic diabetului zaharat).

GLOB VEZICAL: vezică plină în timpul retenției de urină.

GLOMERUL: element funcțional al rinichiului având funcția de filtrare a sângelui, care dă urina primară a nefronului.

GLOMERULONEFRITA ACUTĂ DIFUZĂ: proces inflamator renal, caracterizat, clinic, prin prezența sindroamelor (renal, cardiovascular) de retenție hidrosalină, uneori și azotată.

GLOMERULONEFRITA ÎN FOCAR: apare în cursul unei infecții și are ca primă manifestare hematuria.

GLOTA: orificiul laringelui limitat de corzile vocale.

GLUCIDE: sau zaharuri (hidrați de carbon) – sursa principală de energie a organismului.

GONADE: glandele sexuale – ovarele pentru femei și testiculele pentru bărbați.

GUTĂ: boală caracterizată prin creșterea concentrației acidului uric în sânge, depunerea sărurilor sale (urați) la nivelul articulației.

H.

HEM: parte constantă a hemoglobinei de care se leagă o parte proteică (globina).

HEMATEMEZA: hemoragie intragastrică, exteriorizată prin vărsătură.

HEMATOCRIT: procentul de eritrocite din volumul total de sânge.

HEMATOLOGIE: ramură a biologiei și medicinii care se ocupă cu studiul morfologiei, fiziologiei și patologiei sângelui și organelor hematopoietice.

HEMATOM: acumulare de sânge în diferite țesuturi, datorită ruperii unor vase sanguine.

HEMATOPOIEZA: procesul de formare și de maturație a celulelor sanguine (hematii, leucocite, limfocite, trombocite) în organele hematopoietice.

HEMATOZĂ: oxigenarea sângelui în plămâni.

HEMATURIE: prezența sângelui în urină.

HEMARTROZA: revărsat de sânge în articulație, cel mai adesea de origine traumatică.

HEMIPLEGIE: paralizia unei jumătăți laterale a corpului.

HEMOCULTURĂ: însămânțarea de sânge pe un mediu de cultură pentru a identifica eventualii germeni patogeni din sânge.

HEMODIALIZA (rinichiul artificial): metodă de epurare extrarenală a sângelui de unii produși.

HEMOFILIE: boală de sânge ereditară, caracterizată prin predispoziția la hemoragii prelungite și abundente cu prilejul oricărui traumatism.

HEMOGLOBINĂ: pigment roșu conținut de hematii, cu rol în transportul oxigenului și al bioxidului de carbon între țesuturi și plămâni.

HEMOLIZĂ: proces de distrugerea a hematiilor cu eliberarea hemoglobinei din acestea:

- fiziologică – se produce, în mod normal, în splină și ficat;
- patologică – survine atunci când scade rezistența hematiilor la presiunea osmotică a plasmei sanguine sau când, în organism apar anticorpii care distrug hematiile.

HEMOPATIE: boală de sânge în sens general (leucemie, anemie).

HEMOPERICARD: prezență patologică a sângelui în cavitatea pericardică (apare în rupturi vasculare traumatice sau anevrism aortic).

HEMOPTIZIE: eliminare prin tuse a unei cantităţi de sânge roşu bine aerat, cu un strat gros de spumă deasupra.

HEMORAGIE: ieşirea sângelui în afara vaselor, prin ruperea, erodarea sau creşterea permeabilităţii pereţilor vasculari.

HEMOSTATIC: substanţă care provoacă fie o coagulare a sângelui, fie o vasoconstricţie puternică oprind o hemoragie (exemplu: vitamina K, trombina etc).

HEMOSTAZĂ: ansamblul fenomenelor responsabile de oprirea unei hemoragii care cuprinde: vasoconstricţia, formarea cheagului plachetar, coagularea (poate fi: spontană, medicamentoasă şi chirurgicală - provizorie ori definitivă).

HEMOTORAX: prezenţa sângelui în cavitatea pleurală.

HEPATOMEGALIE: mărirea de volum a ficatului.

HERPES: apariţia bruscă a veziculelor mici, aşezate laolaltă cu senzaţia de arsuri şi prurit cauzată de un virus (localizarea cea mai frecventă este buza).

HIDARTROZĂ: prezenţa de lichid la nivelul articulaţiei dată de o inflamaţie.

HIDRONEFROZĂ (uronefroză): acumulare de urină în bazinetul rinichilor, datorită unor obstacole de scurgere prin căile urinare.

HIDROPERICARD: prezenţa patologică de lichid (transsudat) în cavitatea pericardică.

HIDROREE: descărcarea abundentă de lichid apos la suprafaţa unei mucoase inflamate (nazală, conjunctivală).

HIDROTORAX: acumulare de lichid în cavitatea pleurală.

HIPERCAPNIE (hipercarbie): prezenţa unei cantităţi mari de bioxid de carbon în sânge.

HIPERESTEZIE: accentuarea anormală a sensibilităţii.

HIPERMENOREEA: flux menstrual abundent.

HIPERTENSIUNE ARTERIALĂ: creşterea trecătoare sau permanentă a tensiunii arteriale peste valorile normale, (V.N. T.A. max.=110-140 mmHg; T.A.min.=75-90 mm Hg) pentru adult; poate fi simptom în cadrul unei boli sau boală ca atare).

HIPERSUDAŢIE: transpiraţie excesivă.

HIPODERM: partea cea mai profundă a pielii sub derm, bogată în ţesut adipos.

HIPOMENOREE: cantitate redusă de sânge menstrual pierdut.

HIPOTENSIUNE: scăderea – trecătoare sau permanentă – a tensiunii arteriale sub valorile normale.

HISTERECTOMIE: îndepărtarea chirurgicală - parţială sau totală - a uterului.

I.

ICTER: coloraţia galbenă mai mult sau mai puţin intensă a pielii şi mucoaselor.

ICTUS: debutul brusc al unei suferinţe.

IDIOPATIC: în sens strict, proces patologic caracteristic prin el însuşi (proces patologic a cărui cauză nu se cunoaşte).

ILEON: a treia porţiune a intestinului subţire, între jejun şi colon.

IMPETIGO (pecingine): boală a pielii produsă, de obicei, de un streptococ sau stafilococ, caracterizată prin apariţia de vezicule, a căror conţinut devine purulent (pustule), apoi se ulcerează şi se acoperă cu cruste (se întâlneşte în special la copii).

INCONTINENŢA URINARĂ: eliminare necontrolată, involuntară a urinei.

INFARCTUL MIOCARDIC: zonă de necroză ischemică în miocard, produsă prin obliterarea unei ramuri coronariene.

INFLAMAŢIE CUTANATĂ: reacţie cutanată, caracterizată prin durere, roşeaţă, căldură, tumefacţie.

INHALAŢIE: inspirarea unor vapori de a, cu esenţe (din anumite plante sau preparate medicale introduse în apa care fierbe) ce se evaporează în timpul fierberii.

INSOMNIE: tulburare de somn, caracterizată fie prin imposibilitatea de adormire, fie printr-o trezire după o scurtă şi insuficientă perioadă se somn.

INSPIRAŢIE: faza respiraţiei prin care aerul este vehiculat spre plămân.

INSUFICIENȚĂ AORTICĂ: valvulopatie caracterizată prin închiderea insuficienței a valvulelor aortice în timpul diastolei (în acest fel, sângele din aortă va refuia în ventriculul stâng).

INSUFICIENȚĂ CARDIACĂ: boală de inimă în care miocardul nu mai poate asigura un debit cardiac suficient în raport cu nevoile organismului.

INSUFICIENȚĂ MITRALĂ: valvulopatie caracterizată prin închiderea insuficientă a valvulelor mitrale (în această situație, orificiul mitral rămâne întredeschis în sistola ventriculară stângă, permițând refularea sângelui ca o țâșnitură din ventriculul stâng în atriul stâng.

INSUFICIENȚĂ RENALĂ ACUTĂ: deteriorarea rapidă a funcției renale cu repercursiuni clinice, generale, umorale și urinare.

INTERTRIGO: boală de piele localizată la pliurile naturale (abdominale, submamare, interfesiere, interdigitale), cauzată de infecții streptococice; se manifestă prin roșeață și mâncărime locală.

IRIGOSCOPIA: examinarea radiologică a colonului, prin umplerea pe cale rectală cu substanță de contrast.

IRIS: membrană în formă de disc al globului ocular, situată înaintea cristalinului (fiind pigmentată, dă culoare ochilor).

ISCHEMIE: oprirea sau insuficiența de aport sanguin într-un țesut sau organ dată de vasoconstricție sau compresiune arterială.

J.

JEJUN: partea intestinului subțire care continuă duodenul.

K.

KINESITERAPIE: tratament prin mișcare pasivă (masaje) sau activă (gimnastică medicală).

L.

LABIRINTITĂ: formă de otită internă, ce constă în inflamația labirintului.

LARINGE: partea superioară a traheei, organul fonației.

LARINGITĂ: inflamația laringelui.

LARINGOSCOPIE: examen al laringelui cu ajutorul unui aparat optic numit laringoscop.

LAPAROSCOPIE: examinarea cavității peritoneale (destinsă în prealabil prin pneumoperitoneu) cu ajutorul unui aparat numit laparoscop.

LAXATIV: denumirea medicamentelor întrebuințate pentru provocarea scaunului.

LEUCEMIE: boală de sistem a aparatului hematopoietic care are la bază o hiperplazie, metaplazie și anaplazie a țesuturilor limfadenoide, mieloide sau reticuloendoteliale.

LEUCOCITE: globule albe adulte ale sângelui, care prin fagocitoză apără organismul împotriva agenților infecțioși (V.N.= 5000-7000/mm^3).

LEUCOCITOZĂ: simptom de răspuns al organismului față de agenții infecțioși, tradus prin creșterea numărului total al leucocitelor (până la 30.000/mm^3).

LEUCOREE: denumire generală a oricăror scurgeri vaginale (poate fi fiziologică sau infecțioasă).

LEUCOPENIE: simptom tradus prin scăderea leucocitelor sub 4000/mm^3 (relevă o tulburare de producție sau de distrugere, având cauze microbiene, virale, terapeutice etc.).

LICHID CEFALO-RAHIDIAN: lichid clar și transparent, care umple spațiul subarahnoidian, ventriculii cerebrali și canalul ependimar.

LIMFĂ: lichid incolor ce rezultă din infiltrarea sângelui la nivelul capilarelor sanguine; umple spațiile interstițiale ale țesuturilor și organelor de unde este drenată printr-un sistem vascular propriu (vase limfatice) pe traiectul căruia există numeroși ganglioni limfatici.

LIPIDE: (grăsimi) substanțe organice cu rol energetic.

LIPOTIMIE (leșin): pierderea temporară a conștienței, însoțită de tulburări cardiovasculare și respiratorii, de scurtă durată, după care urmează revenirea completă la normal.

LOB: diviziunea anatomică și funcțională a plămânului.

LOHII: scurgeri sanguinolente ale organelor genitale după naștere, care durează tot timpul lehuziei (sanguinolente în primele 2-3 zile; serosanguinolente până la sfârșitul primei săptămâni și seroase mai târziu).

LORDOZĂ: curbura înainte a coloanei vertebrale lombare.

LUXAȚIE: deplasarea anormală a extremităților osoase dintr-o articulație și menținerea lor în această poziție.

M.

MACULĂ: pată roșie cutanată, plană, nesângerândă.

MAMECTOMIE: îndepărtarea chirurgicală a glandei mamare.

MAMOGRAFIE: examenul radiologic al sânului.

MAREA CIRCULAȚIE: traiectul sângelui - ventricul stâng, aortă, artere, arteriole, capilare, venule, vene, vene cave inferioare și superioare, auricul drept. Acesta duce organelor și țesuturilor sânge oxigenat și ia de la acesta excesul de bioxid de carbon.

MEAT URINAR: orificiu extern al uretrei pe unde se elimină urina.

MELENĂ: evacuare prin anus de sânge negru, ca păcura, lucios, provenit din părțile superioare ale tubului digestiv, în urma unei hemoragii.

MENINGE: înveliș membranos al creierului și măduvei spinării format din duramater, arahnoidă și piamater.

MENINGITĂ: inflamație a meningelor.

MENOPAUZA: oprirea funcției ovariene în jurul vârstei de 50 ani.

MENORAGIE: hemoragii menstruale prelungite.

MENSTRUAȚIE: sângerare fiziologică, periodică, ce provine din uterul femeii (durează de la pubertate până la menopauză).

METEORISM ABDOMINAL: distensie abdominală datorită gazelor aflate în exces în tubul digestiv.

METHEMOGLOBINĂ: derivat datorat oxidării hemoglobinei de unele substanțe (anilina, cianura de potasiu etc); există și cazuri de formare congenitală (anormală) a methemoglobinei (methemoglobina nu se poate combina cu oxigenul).

METRORAGIE: hemoragii neregulate aciclice survenite între două menstre succesive.

MIALGIE: durere musculară.

MICA CIRCULAȚIE: traiectul sângelui din ventriculul drept, artera pulmonară, arterele pulmonare dreaptă și stângă, (organ-pulmon) arteriole, capilare, venule (organ-pulmon), venele pulmonare dreaptă și stângă, vena pulmonară, auricul drept (în mica circulație sângele se oxigenează și pierde bioxid de carbon).

MICOZĂ: boală provocată de diferite ciuperci microscopice care se localizează la nivelul pielii și a anexelor ei.

MICȚIUNE: act fiziologic și conștient de eliminare a urinei pe cale naturală.

MIDRIAZĂ: dilatarea pupilei peste dimensiunile sale obișnuite.

MIELITĂ: inflamația măduvei spinării.

MINERVA: aparat ortopedic, gipsat sau din plastic, destinat imobilizării coloanei vertebrale cervicale în extensie și menținerea capului într-o poziție bună.

MIOCARD: mușchiul inimii format dintr-un țesut adult, care asigură contracția ventriculelor și auriculelor și dintr-un țesut embrionar care produce și transmite stimuli determinând contracția țesutului miocardic.

MIOCARDITĂ: inflamație a miocardului, cu evoluție acută sau cronică; apare în unele boli infecțioase sau toxice (reumatismul bouillaud, scarlatină, alergii etc).

MIOCARDIOPATIE: afecțiune neinflamatorie a miocardului; cauzele rezidă în cardiopatiile ischemice, coronariene, anemii, procesele dismetabolice etc).

MIOLOGIE: capitol al anatomiei care se ocupă cu studiul mușchilor.

MIOPATIE: boală cronică cu caracter progresiv a sistemului muscular sau a unor mușchi.

MIOPIE: anomalie a reflecției oculare, caracterizată prin imposibilitatea de a vedea clar obiectele situate la distanță.

MIOZĂ: contracție intensă a pupilei.

MONOCITE: celulele cele mai mari ale sângelui (provin din sistemul reticulo-endotelial și aparțin sistemului fagocitar).

MONOPLEGIE: paralizia unui singur membru sau a unui singur grup de mușchi.

MUCOASĂ: membrană care căptușește organele cavitare și canalele ce se deschid la exterior.

MUCUS: substanță secretată de glandele mucoase ale epiteliilor (salivare, bronhice etc.).

MUGUET: depozit albicios pe mucoasa bucală a nou-născutului, persoanelor în vârstă, la cei care au făcut tratament cu antibiotice și este dat de Candida albicans.

MULTIPARĂ: femeia care a avut două sau mai multe nașteri.

N.

NĂRI: orificiile foselor nazale.

NATREMIE: titrul sodiului în sânge (V.N.=137-151 mEq/l.

NEFRECTOMIE: extirparea operatorie a unui rinichi.

NEFRITĂ: boală inflamatorie a glomerulilor renali sau a țesutului interstițial renal.

NEFROLOGIE: parte a medicinii care studiază bolile rinichiului.

NEURON: element de bază structural și funcțional al sistemului nervos.

NEUTROFILIE: cea mai mare parte (60-65%) a leucocitelor (numărul lor crește în infecțiile acute).

NEVRALGIE: durere de-a lungul unui trunchi nervos.

NEVRITA: leziune inflamatorie sau degenerativă a nervilor.

NICTURIE: egalizarea sau inversarea raportului dintre numărul micțiunilor și cantitatea de urină emisă ziua față de cea emisă în cursul nopții.

NUTRIȚIE: proces prin care organismele își procură substanțele necesare creșterii și dezvoltării, obținerii energiei pentru desfășurarea proceselor vitale, refacerii țesuturilor.

NISTAGMUS: succesiune de oscilații ritmice, conjugate și involuntare ale globilor oculari; poate fi pendular (ambele faze ale mișcării sunt egale) vertical, orizontal sau rotator.

O.

OBSTETRICĂ: ramură a medicinii care studiază fiziologia și patologia sarcinii, nașterea și lăuzia.

OCLUZIE INTESTINALĂ: oprire completă și persistentă a tranzitului intestinal; în consecință -- imposibilitatea evacuării de materii fecale și gaze.

OFIDISM: otrăvire prin mușcătură de șarpe.

OFTALMOLOGIE: ramură a medicinii care se ocupă cu bolile ochiului și ale anexelor din punct de vedere medical și chirurgical.

OFTALMOSCOP: dispozitiv prin care se face examenul fundului de ochi.

OLIGOMENOREE: menstruațiile, care apar rar și în mod neregulat la 30-45 zile.

OLIGURIE: diminuarea volumului de urină.

ORBITĂ: cavitate osoasă în care este situat globul ocular și anexele sale.

ORHIEPIDIDIMITĂ: afecțiune determinată de infecția testicolului și a epididimului cu germeni infecțioși, cel mai des cu gonococ.

ORTOPEDIE: ramură a chirurgiei care se ocupă cu studiul și tratamentul bolilor și deformațiilor congenitale sau dobândite ale sistmeului osteo-articular.

ORTOPNEE: respirație în poziție șezând (favorizează creștrea capacității pulmonare prin coborârea diafragmului).

OSCILOMETRIE: metodă prin care se evidențiază amplitudinea pulsațiilor peretelui arterial, cu ajutorul oscilometrului (Pachon).

OSEINA: proteinele care intră în compoziţia osului şi se impregnează cu săruri minerale.

OSTEITĂ: afecţiune inflamatorie a osului.

OSTEOMIELITĂ: formă de osteită de natură infecţioasă provocată, îndeobşte, de stafilococul auriu, cu localizare, mai ales, la nivelul măduvei oaselor.

OTALGIE: durere a urechii.

OTITA: proces patologic localizat la urchea externă sau medie.

OTORAGIE: simptom caracterizat prin scurgrea unei cantităţi de sânge din ureche.

OTOREE: simptom caracterizat prin scurgerea unei cantităţi de secreţie seroasă, seropurulentă, purulentă din ureche.

OTOSCOPIE: examinarea conductului auditiv extern, a timpanului şi în caz de perforaţie a lui, a peretelui intern al casei timpanului, cu ajutorul speculului auricular şi a luminii reflectate.

OVARE: glandele genitale feminine.

OVULAŢIE: fenomen fiziologic produs în a XIV-a zi a ciclului menstrual, când ovulul, ajuns la maturitate, se detaşează de ovar şi este captat de trompa uterină.

OVUL: celulă sexuală feminină.

OXIGENOTERAPIE: tratamentul cu oxigen în concentraţii diferite pentru îmbogăţirea aerului inspirat.

OXIHEMOGLOBINĂ: combinaţie labilă ce ia naştere în plămâni între hemoglobina din globulele roşii şi oxigenul din aer şi care se desface uşor la nivelul capilarelor tisulare, îndeplinind astfel rolul de transportor de oxigen necesar respiraţiei celulelor.

P.

PALPITAŢII: contracţii mai violente ale inimii având cauze: – extracardiace de cele mai multe ori (stări emoţionale, eforturi, tabagism etc), – afecţiuni cardiovasculare (aritmiile, începând cu cea extrasistolică şi terminând cu fibrilaţiile).

PANARIŢIU: infecţie acută la nivelul degetelor, în special în jurul unghiilor.

PANCREAS: glandă mixtă cu secreţie externă, necesară în digestie (exocrină) şi cu secreţie internă necesară în reglajul glicemiei (endocrină).

PANCREATITĂ: inflamaţia pancreasului.

PAPULĂ: mică ridicătură circumscrisă pe suprafaţa pielii.

PARACENTEZA TIMPANULUI: act chirurgical care constă în puncţionarea sau incizarea timpanului în scopul drenării puroiului.

PARALIZIE: dispariţia totală a funcţiei motorii musculare

PARAPLEGIE: paralizia membrelor inferioare.

PAREZA: scăderea funcţiei motorii musculare.

PARTURIENTĂ: femeia care naşte.

PERICARD: înveliş care îmbracă şi acoperă inima; este constituit dintr-o membrană fibroasă la exterior (pericard fibros) şi una seroasă la interior, formată din două foiţe (viscerală şi parietală), între care se găseşte cavitatea pericardică.

PERIOST: învelişul conjunctiv al oaselor.

PERINEU: regiunea anatomică cuprinsă între anus şi organele genitale externe.

PERITONITĂ: inflamaţia acută a peritoneului.

PETEŞII: mici pete hemoragice la nivelul pielii ce apar ca urmare a unor rupturi capilare.

PIELITA: inflamaţia acută sau cronică a mucoasei bazinetului.

PIELOGRAFIE: radiografia aparatului renal executată cu substanţă de contrast administrată prin cateterism uretral.

PIELONEFRITĂ: inflamaţia bazinetului renal (pielită), complicată cu cea a rinichiului (nefrită).

PIGMENT: substanţă care colorează pielea.

PIGMENTAREA: colorarea pielii prin acumularea de pigmenţi (de exemplu hepatita virală, acumularea de pigmenţi biliari dă o culoare galbenă tegumentelor).

PILOR: orificiu care face comunicarea stomacului cu duodenul.

PIROZIS: senzaţie de arsură, care urcă din stomac, prin esofag, asociată cu un gust acru.

PIURIE: prezența puroiului în urină.

PLACENTĂ: organul care asigură nutriția și dezvoltarea fătului în cursul vieții intrauterine.

PLĂMÂN: organul principal al respirației.

PLEURA: membrană seroasă a cavității toracice, constituită dintr-o foiță viscerală (pleura pulmonară) și o foiță parietală care căptușește pereții cavității toracice.

PLEUREZIE: inflamația pleurei cu apariție de lichid seros purulent sau hemoragic în cavitatea pleurală.

PLEURITĂ: inflamația uscată a pleurei.

PNEUMOCONIOZĂ: inflamație datorită depunerii de pulberi în plămân (de exemplu silicoza).

PNEUMONIE: inflamația acută a plamânului, cu caracter segmentar.

PNEUMOTORAX: prezența aerului în cavitatea pleurală.

POLAKIURIE: micțiuni frecvente, dar în cantitate mică.

POLIDIPSIE: ingestia unor cantități excesive de lichide.

POLIURIE: creșterea la peste 2 l a volumului de urină eliminată în 24 de ore.

POLIFAGIE: ingestia unor cantități excesive de alimente.

POLIMENOREEA: menstruații care survin la 15 - 20 zile, iar pierderea de sânge menstrual este mai mare sau normală.

POLIOMIELITA (paralizia infantilă): boală infecțioasă produsă de un virus, interesând S.N.C., în special substanța cenușie a măduvei, care antrenează paralizii.

POLIPNEE: respirație rapidă și superficială.

PORI: mici orificii pe suprafața pielii, corespunzători canalelor excretoare ale glandelor sudoripare și sebacee.

POTASEMIE: titrul potasiului din sânge (V.N.= 4,3 mEq/l).

PREMATUR: copil născut înainte de termen.

PRESBITISM: tulburare de refracție a ochiului, caracterizată prin dificultatea de a distinge obiectele apropiate.

PRIMIGESTĂ: femeie gravidă pentru prima oară.

PRIMIPARĂ: femeie la prima naștere.

PRONAȚIE: răsucirea mâinii spre interior.

PROSTATĂ: organ genital intern bărbătesc, situat în fața vezicii urinare, sub osul pubian.

PROSTATITĂ: inflamația prostatei.

PROSTATECTOMIE: îndepărtarea chirurgicală a prostatei.

PROSTRAȚIE: stare (patologică) de indiferență față de lumea înconjurătoare și imposibilitatea de a reacționa la excitațiile externe (apatie).

PROTEINE: substanța de bază a materiei vii cu rol plastic, energetic și structural.

PROTEINURIE: prezența proteinelor în urină.

PRURIT: senzație de mâncărime

PUBERTATE (preadolescență): perioadă ce se caracterizează printr-o serie de transformări fizice, mai ales prin maturarea sexuală.

PULS: fenomen fiziologic caracterizat prin dilatarea arterelor datorită trecerii prin acestea a undei de sânge expulzat de inimă odată cu fiecare sistolă ventriculară. Se manifestă sub forma unei zvâcnituri care se simte la comprimarea arterelor pe un plan osos subiacent.

PULS PARADOXAL: încetinirea bătăilor în inspirație.

PUPILĂ: deschidere circulară în partea centrală a irisului (variațiile reflexe ale diametrului pupilar joacă un rol important în adaptarea vederii la diversele condiții de luminozitate și de distanță).

PURGATIV: produs care activează tranzitul intestinal și provoacă evacuarea materiilor fecale.

PURPURĂ: apariția spontană pe piele sau mucoase a unor mici pete hemoragice, care, spre deosebire de alte erupții, nu dispar la presiune; se poate manifesta fie sub formă de pete punctiforme (peteșii) sau mai întinse (echimoze); sunt consecința creșterii fragilității și permeabilității pereților vasculari (capilari) sau scăderii numărului de trombocite din sânge, având cauze infecțioase, alergice etc.

PUSTULĂ: mică leziune cutanată, caracterizată printr-o ridicătură epidermică circumscrisă ce conține lichid purulent.

R.

RAHIALGIE: durere la nivelul coloanei vertebrale.

RAHITISM: boală a copilăriei și adolescenței dată de carența în vitamina D_2 care determină tulburări ale metabolismului fosforului și calciului, antrenând a proastă calcifiere a oaselor (se manifestă prin deformări ale scheletului - torace „în carenă" cu „mătănii" costale, întârzierea închiderii fontanelelor craniului, curbarea membrelor inferioare).

RAL: sunet patologic produs de mișcarea aerului în bronhii sau/și alveole pulmonare, depistat prin auscultație.

RAL RONFLANT: se produce în bronhii de calibru mare, în care predomină secrețiile (are tonalitate joasă, seamănă cu sforăitul).

RAL SUBCREPITANT: se produce în bronhiole și canale alveolare.

RAL SIBILANT: apare în bronhii de calibru mic (predomină îngustarea lumenului prin spasm, tonalitate înaltă).

RAȚIA ALIMENTARĂ: cantitatea de alimente ce trebuie ingerate pentru satisfacerea nevoilor nutritive, energetice și plastice ale organismului în 24 de ore.

RECT: partea terminală a intestinului gros conținând colonul sigmoid până la anus.

RECTOCOLITĂ: inflamația colonului și a rectului.

RECTOSCOPIE: examinarea vizuală a rectului cu rectoscopul.

RECTOSTOMIE: secțiune parțială sau totală a rectului

REGURGITAȚIE: reflux al alimentelor din stomac sau esofag în gură, fără contracția mușchilor abdominali.

REFLEXUL BABINSKI: la excitare prin atingerea ușoară a tălpii, apare ca răspuns ridicarea degetelor și răsfirarea lor în evantai.

RETENȚIE DE URINĂ: imposibilitatea de a micționa (de a elimina în mod spontan, parțial sau total urina conținută în vezică).

RETINA: membrană interioară nervoasă a ochiului, formată din prelungirea nervului optic.

REUMATISM: ansamblul afecțiunilor dureroase, acute sau cronice, ale articulațiilor, de origine diversă, însoțită de tumefierea părților moi.

RINICHI: fiecare din cele două organe care secretă urina, cu rol important în menținerea echilibrului acido-bazic și al homeostaziei mediului intern etc.

RINICHI ARTIFICIAL: aparat care servește la înlocuirea temporară a funcțiilor rinichiului eliminând, totodată, produșii toxici din sânge.

RINITA: inflamație a mucoasei nazale.

RINO-FARINGITA: inflamația mucoasei nazale și a faringelui.

RINOREE: scurgerea de lichid din nas.

S.

SALPINGITA: inflamația trompelor care se extinde de cele mai multe ori asupra ovarului (anexită).

SALPINGOGRAFIA: examenul radiologic al trompelor uterine, după injectarea unei substanțe de contrast.

SARCINA EXTRAUTERINĂ: sarcina patologică în care implantarea oului fecundat are loc în afara cavității uterine (trompă, ovar, cavitatea abdominală).

SCLEROTICA: membrană fibroasă care formează învelișul extern al globului ocular pe cea mai mare parte a suprafeței sale, exceptând polul anterior acoperit de corneea transparentă.

SCOLIOZA: deviația laterală a coloanei vertebrale.

SCROT: sacul conjunctivo-muscular, în care sunt așezați testiculii.

SCUAME: lamele epidermice uscate ce se detașează de piele.

SEBUM: produsul de secreție al glandelor sebacee.

SEDATIV: substanța care provoacă o liniștire a stărilor de excitație psihică și motorie.

SEMNUL BRUDZINSKI: flectare puternică la un membru inferior, a gambei pe coapsă și a coapselor pe bazin, care, în mod reflex, provoacă o mișcare similară a membrului opus.

SENILITATE: stare patologică provocată de îmbătrânire și caracterizată prin modificări structurale și funcționale.

SINCOPĂ: formă gravă a insuficienței circulatorii acute, manifestată prin pierderea bruscă, temporară sau definitivă, a conștienței, cu întreruperea respirației, datorită scăderii tensiunii arteriale, rănirii sau opririi contracției inimii.

SINDROMUL INTERMEDIAR: este o formă de trecere între angina pectorală și infarctul miocardic. Era denumit înainte „starea de preinfarct", dar la propunerea O.M.S. s-a adoptat și la noi în țară, noua denumire.

SINUS: cavitate neregulată în grosimea unor oase.

SINUZITA: inflamația sinusurilor oaselor craniene.

SONDAJ VEZICAL: introducerea unei sonde sau cateter prin uretră în vezica urinară pentru a-i evacua conținutul.

SPERMĂ: lichid gelatinos și ușor alcalin, produs de secreție al testiculului, epididimului și al canalelor glandelor anexe ale aparatului genital masculin.

SPERMATOZOID: gametul masculin.

SPLENECTOMIE: îndepărtarea chirurgicală a splinei în scop terapeutic.

SPLENOMEGALIE: creșterea de volum a splinei.

SPLINA: organ limfatic, având o funcție hematopoietică și apărare imunologică.

SPUTA: produs eliminat în urma tusei prin gură, format din secrețiile bronșice.

STENOZĂ AORTICĂ: este o valvulopatie caracterizată printr-o micșorare a orificiului aortic.

STENOZĂ MITRALĂ: valvulopatie datorată îngustării porțiunii libere a valvulelor mitrale cu micșorarea orificiului care separă atriul stâng de ventriculul stâng.

STOMAC: segment al tubului digestiv cuprins între esofag și duoden.

STOP CARDIO-RESPIRATOR: încetarea atât a funcției respiratorii, cât și a funcției cardiace (sau sincopa cardiorespiratorie), care corespunde cu moartea clinică.

SUDOARE: lichidul secretat continuu de glande sudoripare.

SUPINAȚIE: mișcări de răsucire a mâinii spre exterior.

Ș.

ȘOC: gravă tulburare funcțională a întregului organism, ca răspuns la acțiunea unui agent agresiv în urma căreia se instalează anoxia țesuturilor și acumularea produșilor de catabolism (de ex. șocul hipovolemic provocat de pierderi de sânge sau de plasmă - hemoragii, traumatisme); - șocul cardiogen apare prin scăderea „funcției de pompă a inimii" (infarctul miocardic, miocardite acute, tulburări de ritm).

T.

TAHICARDIA ATRIALĂ PAROXISTICĂ: tulburare de ritm generată de impulsuri ectopice atriale, caracterizată printr-un ritm cardiac rapid (150 - 200 bătăi/minut), regulat, cu debut și sfârșit brusc.

TAHICARDIE SINUSALĂ: accelerarea ritmului cardiac între 100 - 150 bătăi/minut, cu frecvență regulată.

TAHICARDIA VENTRICULARĂ PAROXISTICĂ: tulburare de ritm generată de impulsuri de origine ventriculară, cu o frecvență de 100-250 bătăi/minut, regulată cu debut și sfârșit brusc.

TAHIPNEE: accelerarea ritmului respirator.

TAMPONADĂ CARDIACĂ: acumulare anormală de lichid în spațiul intrapericardic, soldată cu o comprimare a inimii prin creșterea presiunii intrapericardice, fapt care împiedică umplerea cu sânge a inimii, în timpul diastolei.

TENESME: senzații false și dureroase de defecare.

TENSIUNEA ARTERIALĂ: presiunea exercitată de sânge asupra pereților arteriali (valoarea tensiunii arteriale este determinată de forța de contracție a inimii, vâscozitatea sângelui, calibrul și elasticitatea vaselor, cantitatea de sânge existentă în arborele arterial).

TETRALOGIA FALLOT: cardiopatie congenitală cianogenă, caracterizată prin stenoza arterei pulmonare, comunicare intraventriculară, aorta în dreapta și hipertrofie ventriculară dreaptă.

TETRAPLEGIE: paralizia celor patru membre.

TIMPAN: membrana care desparte conductul auditiv extern de urechea mijlocie.

TIRAJ: depresiune inspiratoare a părților moi ale toracelui în regiunile suprasternală, epigastrică, intercostală, mai rar supra sau subclaviculară, apărută într-o inspirație forțată în caz de obstrucție sau tulburare a intrării aerului în plămân.

TONOMETRIA OCULARĂ: metodă de măsurare a tensiunii intraoculare, cu ajutorul tonometrului.

TRACȚIUNE: acțiunea de aducere – prin tragere – a fragmentelor fracturate într-o poziție bună.

TRAHEE: organ tubular care aduce aerul în plămâni.

TRAHEITĂ: inflamația traheii.

TRAHEOSTOMIE: crearea unui orificiu la nivelul traheii pentru a introduce o canulă permanentă.

TRAHEOTOMIE: incizia traheii pentru crearea unui orificiu, sub nivelul obstacolului ce produce asfixia.

TRANSPIRAȚIE (sudorație): proces fiziologic de eliminare a sudorii.

TRAUMATISM: leziune organică sau funcțională de origine mecanică, electrică, microbiană sau chimică.

TRILOGIA FALLOT: cardiopatie congenitală cianogenă caracterizată prin stenoza arterei pulmonare, comunicare atrială și hipertrofie ventriculară dreaptă.

TRISMUS: contractură a mușchilor masticatori (semn precoce de tetanos).

TROMBINĂ: enzimă care participă la procesul de coagulare a sângelui transformând fibrogenul în fibrină (se găsește în sânge sub formă inactivă de protrombină).

TROMBOCITE: plachete sanguine – elemente figurate din sânge cu rol important în procesul coagulării sângelui (V.N. = 150.000-300.000/mm³).

TROMBOCITOPENIE: boală hemoragică provocată de scăderea numărului de trombocite.

TROMBOCITOZĂ: creșterea peste valorile normale a numărului de trombocite.

TROMBOZĂ: obstrucție parțială sau totală a lumenului unui vas (arteră, venă) de către un cheag.

TROMPĂ UTERINĂ (tuba lui Fallot): organ pereche având forma unui conduct ce are rolul de a capta ovulul expulzat periodic de ovar și de a-l conduce în uter.

TUBERCULOZĂ PULMONARĂ: boală infecto-contagioasă cronică produsă de bacilul tuberculos (bacilul lui Koch).

TUMORĂ: neoformațiune care se dezvoltă printr-o activitate celulară proliferativă.

TUSE: act reflex care constă într-o inspirație scurtă, urmată de închiderea glotei și apoi o expirație bruscă și zgomotoasă.

U.

ULCER: ulcerația pielii sau a mucoaselor, care atacă toate straturile acestora și care are tendința de a se permanentiza.

URECHE: organul auzului și al echilibrului.

UREMIE: stare toxică urmare a insuficienței renale.

URETER: conduct membranos care unește bazinetul cu vezica urinară.

URETERITĂ: inflamația ureterului.

URETRA: canal membranos cu conformație diferită la cele două sexe, prin care circulă urina, de la vezica urinară la exterior și care la bărbat transportă sperma în momentul ejaculării.

URETRITĂ: inflamația uretrei (exemplu: uretrită gonococică).

URICEMIE: prezența acidului uric în sânge.

URO-GENITAL: sistem care cuprinde atât aparatul urinar, cât și cel genital (termenul este justificat prin faptul că unele porțiuni ale aparatului urinar și genital au aceiași origine embriologică și un traiect comun).

UROGRAFIA INTRAVENOASĂ: metodă de examinare morfofuncțională a rinichilor și căilor urinare, utilizându-se, în acest scop, substanțe iodate hidrosolubile administrate intravenos.

UROLOGIE: domeniu al chirurgiei, care tratează bolile uro-genitale.

URTICARIE: erupție cutanată constituită din papule sau placarde izolate ori confluente și însoțite de prurit.

UTER: organul gestației dacă s-a produs fecundația (dacă ovulația și nidația nu au loc, mucoasa uterină se descuamează și se elimină prin vagin, odată cu menstruația).

V.

VAGIN: canal musculo-membranos, care unește organele genitale externe cu cele interne.

VAGINITĂ: inflamația acută sau cronică a mucoasei vaginale.

VALVULĂ: formațiune membranoasă subțire, care se află în interiorul vaselor sau al unor organe cavitare permițând trecerea lichidelor biologice într-un singur sens și împiedicând, totodată, refularea lor.

VALVULOPATII: cardiopatii cronice, caracterizate prin defecte ale aparatului valvular, la nivelul orificiilor atrio-ventriculare și arteriale îndeosebi ale inimii stângi.

VALVULOTOMIE: intervenție chirurgicală, constând în secționarea valvulelor atrio-ventriculare stenozate, care împiedică scurgerea normală a sângelui din atriu în ventricol; se mai numește și comisurotomie.

VARICE: dilatație venoasă patologică permanentă la nivelul rețelei superficiale a membrelor pelviene sau la alte niveluri (varice esofagiene, hemoroizi etc).

VARICOCEL: dilatația venelor cordonului spermatic, datorită unor tulburări trofice ale pereților vaselor.

VĂRSĂTURĂ: act reflex prin care se elimină brusc, la exterior, conținutul stomacal.

VASECTOMIE: secționarea canalelor deferente.

VERGETURĂ: mici dungi de atrofie cutanată, localizate pe abdomen, sâni sau coapse, care se formează pe pielea supusă unei distensii exagerate.

VENĂ: vas sanguin, în care sângele circulă spre inimă (în general venele au o traiectorie asemănătoare cu cea a arterelor, altfel că, de obicei, două vene însoțesc o arteră).

VENTRICUL: cele două cavități inferioare ale inimii, din care sângele este pompat în marea și mica circulație.

VERTIJ: senzație eronată de deplasare giratorie, de rotație a obiectelor în raport cu subiectul însuși.

VERUCĂ: excrescență de formă rotundă sau ovalară la nivelul pielii acoperită de un epiderm mai îngroșat.

VEZICĂ: rezervor conținând urină (venită, de la rinichi, prin uretere) care se acumulează între micțiuni.

VEZICĂ BILIARĂ: organ cavitar în formă de pară, în care se acumulează produsul ficatului (bila).

VEZICULĂ: cavitate de mică dimensiune care apare pe suprafața pielii și este plină cu lichid transparent (serozitate)

VITAMINE: factori de nutriție indispensabili vieții, pe care organismul nu poate să-i sintetizeze și este obligat să-și însușească prin alimentație.

VOMICĂ: eliminarea de colecții masive de puroi sau exudat prin căile respiratorii ce provin dintr-un abces pulmonar, chist hidatic etc.

VULVĂ: organele genitale externe ale femeii (regiunea pubiană, labiile mari și mici, clitorisul, himenul și regiunea perineală).

Z.

ZONA ZOSTER: apariția, pe traiectul unui nerv, în special intercostal, a numeroase vezicule cu aspect de herpes, produs de un virus cu acțiune asupra țesutului nervos.

CUPRINS

Destinul cărților (Dr. Mihail Mihailide) 5
Îmbinarea științei cu vocația de nursă (Lucreția Titircă) 7

PARTEA ÎNTÂI

NURSA

Cap. I Introducere în profesie (Lucreția Titircă) 13
1. Aspecte teoretice ale procesului de îngrijire 20
2. Reorientarea serviciilor de sănătate 21
3. Îngrijiri primare de sănătate (I.P.S.) 22
4. Cadrul conceptual al îngrijirilor 25
5. Competența asistentei medicale 26

Cap. II Modelul conceptual al Virginiei Henderson (Lucreția Titircă) 29
1. Componentele esențiale ale unui model conceptual 29
2. Nevoile fundamentale – generalități 31
3. Clasificarea nevoilor umane după teoria lui Maslow 37
4. Nevoia și homeostazia 37
5. Independența și dependența în satisfacerea nevoilor fundamentale 39
6. Sursele de dificultate 43



Cap. III Procesul de îngrijire (Lucreția Titircă) 45
Prezentare generală 45
Etapele procesului de îngrijire 45
1. Colectarea de date sau aprecierea 46
a. Observarea 48
b. Interviul 50
2. Analiza și interpretarea datelor 53
Diagnosticul de îngrijire (de nursing) 55
Exerciții 61
3. Planificarea îngrijirilor 65
a. Obiective de îngrijire 66
b. Intervenția 70

4. Executarea (aplicarea) îngrijirilor 71
Exercițiu – plan de îngrijire 72
5. Evaluarea îngrijirilor 77
Exemple de intervenții autonome 80
Plan de îngrijire în perioada pre- și post-operatorie 91

Cap. IV Nevoile fundamentale ale ființei umane și probleme de îngrijire 97
1. **Nevoia de a respira și a avea o bună circulație** (Elena Dorobanțu) 97
2. **Nevoia de a bea și a mânca** (Maria Zamfir) 110
3. **Nevoia de a elimina** (Lucreția Titircă, Maria Zamfir) 120
4. **Nevoia de a se mișca și a avea o bună postură** (Elena Dorobanțu) 147
5. **Nevoia de a dormi și a se odihni** (Ludmila Rachieru) 160
6. **Nevoia de a se îmbrăca și a se dezbrăca** (Liana Pârvu) 172
7. **Nevoia de a menține temperatura corpului în limite normale** (Elena Dorobanțu) 179
8. **Nevoia de a fi curat, îngrijit, de a proteja tegumentele și mucoasele** (Maria Zamfir) 188
9. **Nevoia de a evita pericolele** (Liana Pârvu) 197
10. **Nevoia de a comunica** (Elena Dorobanțu) 206
11. **Nevoia de a acționa conform propriilor convingeri și valori, de a practica religia** (Maria Zamfir) 216
12. **Nevoia de a fi preocupat în vederea realizării** (Ludmila Rachieru) 224
13. **Nevoia de a se recreea** (Valeria Ghidu) 233
14. **Nevoia de a învăța cum să-ți păstrezi sănătatea** (Valeria Ghidu) 237

Cap. V Procesul de nursing în viziunea teoreticienilor americani (Mariana Tone) 243

PARTEA A DOUA

ÎNGRIJIREA PACIENȚILOR APLICAȚII ȘI EXEMPLE

Cap. VI Îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului digestiv (Elena Dorobanțu) 251
1. Îndrumări metodice pentru predarea temei Îngrijirea pacienților cu afecțiuni ale aparatului digestiv 251
2. Nursingul în afecțiuni ale aparatului digestiv 260
3. Planuri de îngrijire a pacienților cu afecțiuni ale aparatului digestiv 263

Cap. VII Îngrijirea pacientului cu diabet zaharat (Elena Dorobanțu) 285

Cap. VIII Pregătirea preoperatorie și îngrijirea postoperatorie în afecțiuni ale aparatului genital feminin (Florica Udma) . . . 295
1. Particularități în pregătirea preoperatorie și îngrijirea postoperatorie în afecțiuni ale aparatului genital feminin . . . 295
2. Îngrijirea bolnavei cu histerectomie . . . 303
3. Ghid pentru plan de îngrijire a bolnavei cu histerectomie . . . 309

Cap. IX Pacienta cu mastectomie (Florica Udma) . . . 313
1. Prezentare generală . . . 313
2. Ghid pentru întocmirea planului de îngrijire a bolnavei cu mastectomie . . . 318

Cap. X Aspecte generale și particulare în supravegherea sarcinii (Florica Udma) . . . 321
1. Modificările organismului în timpul sarcinii . . . 322
2. Semnele de sarcină . . . 325
3. Controlul prenatal . . . 326
4. Explorări paraclinice în sarcină . . . 328
5. Probleme de îngrijire care pot apărea în timpul sarcinii (ghid) . . . 336

Cap. XI Plan de îngrijire – tip. Accident vascular cerebral (Angela Dinu) . . . 355
Anexe . . . 362
Anexa 1 – **Funcțiile și atribuțiile nursei** . . . 362
Anexa 2 – **„38 obiective ale sănătății pentru toți** (traducere Gabriela Bocec) . . . 364
Anexa 3 – **Lista de probleme cu manifestările de dependență corespunzătoare fiecărei nevoi** (traducere de Iuliana Vișovan) . . . 374
Anexa 4 – **Surse de dificultate** (traducere de Iuliana Vișovan) . . . 383
Anexa 5 – **Diagnostice de îngrijire** (traducere de Lucreția Titircă) . . . 389
Anexa 6 – **Lista cu diagnostice de îngrijire (probleme + surse de dificultate) și obiectivele corespunzătoare fiecărei situații** (traducere și sinteză de Lucreția Titircă și Iuliana Vișovan) . . . 391

PARTEA A TREIA

EXERCIȚII DE TAXONOMIE. DICȚIONAR DE TERMENI MEDICALI

Exerciții de taxonomie (Ileana Carmen Dindelegan) . . . 407
Dicționar de termeni medicali (Angela Dinu) . . . 419
Bibliografie . . . 439